

Institutt for barnevern og sosialt arbeid

## **Hvilke erfaringer har terapeuter med å tilrettelegge for samvalg i første samtale på BUP.**

En kvalitativ studie om samvalg som arbeidsmåte i barne og ungdomspsykiatrisk poliklinikk.

Hilde Rydningen

Masteroppgave i sosialt arbeid, SSO-3900, mai 2024.





## **Forord**

Å skrive denne oppgaven har vært spennende, frustrerende, lærerikt både personlig og faglig.

En stor takk til informantene som tok seg tid til å dele av sine erfaringer.

En stor applaus og varme klemmer til kollokviegruppa som har holdt sammen siden oppstart.

Vi har møttes fysisk, på Messenger, teams og gjennom daglige status- og oppmuntringsmeldinger.

Jeg har vært heldig å få veiledning av Wenche M Kjæmpenes og retter stor takk til henne.

Sist og ikke minst min familie som har lest på manus, støttet og fått lite av min tid periodevis.

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Det ligger klare politisk og juridisk føringer om at barn og ungdom skal sikres medbestemmelse i forhold til egen helse og behandling. Samvalg er en metode for å øke medvirkning i sin egen psykiske behandlings prosess. I en beslutningsprosess skal det foretas samvalg, der ungdom, foreldre og behandler sammen treffer beslutninger. Personlige preferanser skal vektlegges. Dette i forhold til mulige utrednings- og behandlingstilnæringer.

**Hensikt:** Belyse hvilke erfaringer terapeuter har med å tilrettelegge for samvalg i første møtet med pasient og familie.

**Metode:** Kvalitativ studie med et fenomenologisk forskningsdesign. Datainnsamling fra intervju med til sammen 5 informanter med tematisk analyse som metode.

**Kontekst og informanter:** Studien fant sted ved en psykiatrisk poliklinikk som utreder og behandler barn og unge fra 0-18 år. Poliklinikken jobber etter The Choice And Partnership Approach (CAPA).

**Resultat:** Det ble forkant av samtalen sendt ut brosjyre med informasjon om hva Dine muligheter samtalen er. Terapeutene brukte et utvalg av aktiveringsmateriale tilpasset barn og ungdom sin alder og forståelse. De ulike typer aktivering materiale de benyttet hadde ulike formål. Blant annet å øke felles forståelse, øke medvirkning og samvalg. Samvalget de felles kom frem til gjaldt valg av hjelpeinstans. Det vil si BUP eller annet sted. Når BUP ble valgt kunne behandlingsform for traumer vansker være tilbud ungdom kunne velge fra. Samvalget var ikke på personlige preferanser. Samvalgsprosessen ble utfordret av type vansker barn/ungdom og familien representerte. Strukturelle forhold som bygg utforming, rom, tid, mange oppgaver i timen og kapasitet i tjenesten utfordret det å lede en samtale frem til samvalg. Terapeutene hadde ulik vektlegging av ungdom sin egenmotivasjon for behandling og holdning til å fremme samvalg. Noen terapeuter vektla egen vurdering mer enn å fremme samvalg i samtalen. Terapeutene antok av samvalget ble fulgt opp videre i poliklinikken etter samtalen. De erfarte at samvalg øker motivasjon og oppmøte i poliklinikken. Studien fant også CAPA modellens mål for samtalen er informert samtykke, mens norsk lovverk og faglige anbefalinger er samvalg.

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Samvalg som arbeidsmåte i det første møtet på barne og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP).....	1
1.2	Presentasjon av problemstilling. ....	4
1.3	Kontekst .....	4
1.4	Oppbygging av studien og avgrensninger.....	5
1.5	Temaets relevans .....	5
2	Kunnskap status.....	8
2.1	Samvalg.....	8
2.2	Medvirkning .....	10
2.3	CAPA og Dine muligheter samtalen.....	11
2.3.1	Oppsummering .....	12
3	Teoretisk rammeverk.....	13
3.1	The Choice and partnership approach (CAPA).....	13
3.2	Empowerment .....	14
3.3	Medvirkning .....	15
3.4	Samvalg.....	16
3.5	Ladder of participation Shelley R Arnstein.....	18
3.6	Tillit og relasjon. ....	20
3.7	Feedbackinformerte tjenester (FIT) .....	21
3.8	Oppgave orientert sosialt arbeid.....	22
3.9	Sosialøkologisk perspektiv.....	22
4	Metode.....	25
4.1	Vitenskapelig forankring.....	25
4.1.1	Ontologi og epistemologi.....	26
4.2	Fenomenologi.....	26

4.3	Hermeneutikk .....	28
4.4	Kvalitativ metode .....	29
4.4.1	Forskningsprosessen.....	30
4.4.2	Utvalg av informanter .....	30
4.4.3	Semistrukturert intervju.....	31
4.4.4	Utarbeidelse av intervjuguide.....	31
4.4.5	Gjennomføring av intervju .....	32
4.4.6	Transkribering .....	32
4.4.7	Analyse prosessen .....	33
4.5	Datamaterialets kvalitet.....	34
4.5.1	Forforståelse .....	34
4.5.2	Validitet, reliabilitet og overførbarhet.....	35
4.5.3	Etiske betraktninger.....	36
5	Presentasjon av funn.....	37
5.1	Informasjon om samvalg før oppmøte på samtalen dine muligheter.....	38
5.2	Erfaring med bruk av aktiveringsmateriale .....	38
5.3	Hva fremmer samvalg .....	40
5.4	Utfordringer med samvalg .....	42
5.5	Har samvalget betydning for det som skjer videre.....	44
6	Diskusjon.....	46
6.1	Informasjon i forkant av Dine muligheter:.....	46
6.1.1	Aktiveringsmateriale, relasjon, allianse og tillit.....	47
6.1.2	Tidsaspektet.....	49
6.1.3	Styrker og utfordringer .....	50
6.1.4	Alder, motivasjon og autonomi .....	53
6.1.5	Strukturelle forhold .....	55
6.1.6	Fag og forskning.....	56

6.1.7	Betydningen av rapporter fra Forandringsfabrikken og Barneombudet. ....	57
6.1.8	Implementering av samvalg .....	58
6.2	Samvalg som metode for medvirkning .....	59
7	Konklusjon .....	60
7.1	Implikasjoner for videre arbeid og forskning.....	61
	Vedlegg nummer 1 Godkjenning SIKT .....	67
	Vurdering av behandling av personopplysninger.....	67
	Vedlegg 2 informasjonsskriv .....	69
	Vedlegg 3 Intervjuguide.....	72

# 1 Innledning

## 1.1 Samvalg som arbeidsmåte i det første møtet på barne og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)

En av de største folkehelse utfordringene i fremtida er psykiske helseplager, og det forventes at særlig de unge rammes. De er sårbare i lys av den fasen de er i livet og den tida de vokser opp i. De er preget av prestasjonskrav, har opplevd pandemien (Covid 19) som påvirket det sosiale livet og skoledeltakelsen noen år tilbake.

Lovgivning og forskningslitteratur understreker behovet for at man i behandling av psykiske helse vektlegger brukermedvirkning, og samvalg er spesielt anbefalt som metode (Bjønness, 2022, s. 13). Dette ikke bare av juridiske hensyn, internasjonal forskning tyder på at det også påvirker utfallet av hjelpen de får til det positive. Forskning fra 2017 viser også at shared decision/samvalg making øker pasientens selvfølelse tro på mestring, engasjement og tillit til behandling» (Bjønness, 2022). Det betyr at hjelpen de får vil virke bedre og få bedre utfall om den skreddersys til ungdommers preferanser.

En rapport utarbeidet av Barneombudet viste at psykiske plager og lidelser hos barn og unge er en av de største helseutfordringene vi har i Norge i dag. At et barn får en psykisk lidelse rammer ikke bare barnet, men også familien. Omkostningene for både familiene og samfunnet er store. Livene til barna blir satt på vent, og mange får problemer de tar med seg inn i voksenlivet. Rapporten viste at det var avdekket manglende brukermedvirkning både i samtaler om behandling, planlegging, involvering i beslutninger både av barn og foreldre. Det ble videre avdekket manglende informasjon i alle deler av behandlingsforløpet (Barneombudet, 2020).

Det ligger politiske føringer for å øke brukermedvirkning og samvalg for barn og unge med psykiske vansker. Ifølge Stortingsproposisjon nr. 121 S Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse (Prop. 121 S (2018-2019)) skal barn og ungdom sikres medbestemmelse i behandling og oppfølging. Tilpasning til alder og forutsetninger til den enkelte presiseres, videre også tilpasning av informasjon til alder presiseres. Foreldrene skal også sikres samme rett, men dersom barnet eller ungdommen av ulike årsaker vil reservere seg mot foreldremedvirkning skal det tas hensyn til. Regjeringen sier videre at samvalgsverktøy må utvikles og tas i bruk i tjenestene og hvert enkelt foretak må utvikle det(omsorgsdepartementet, Prop. 121 S (2018-2019)).



Samvalg kan betraktes som en prosess med høy grad av brukermedvirkning som finner sted i et partnerskap mellom pasient og helsepersonell. Ved samvalg skal ungdom delta i behandlingsavgjørelser, og individuelle mål, verdier og behov vektlegges (Bjønness, 2022). Offentlige rapporter som visst til ovenfor viser at mye gjenstår med å tilpasse helsetjenestene til ungdommenes behov, spesielt for de med sammensatte behov og alvorlig psykisk helse. Veien inn til psykisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten er ved henvisning, beskrivelse av symptomer og funksjonfall som er vurdert som moderat til alvorlig. Prioriteringsveileder gir direksjoner for hvordan vurdere og hvilken ventetid slik tilstand minimum skal ha. Når barnet/ungdommen har blitt vurdert å fylle overnevnte kriterier blir de invitert til samtale i BUP (Helsedirektoratet, 2024a).

Premissen for hvordan helsehjelpen innenfor spesialisthelsetjenesten skal utformes og utføres har regjeringen lagt gjennom ("Nasjonal Helse- og sykehusplan," 2020-2023). Samvalg blir i planen fremholdt som et ideal når beslutninger skal fattes i forhold til behandlingsintervensjoner. Samvalg som arbeidsform skal stimulere til at pasienten får medvirke til valg av undersøkelses- og behandlingsmetode. En forutsetning skal være at pasienten gis utfyllende og tilpasset informasjon om sin helsetilstand, hvilke behandlingsmetoder som finnes og tilbys, samt forventet effekt og evt. bivirkninger og risikoer forbundet med behandlingen. Dette betyr ikke at pasienten valg blir det som er det rette. Det presiseres at helsehjelpen som velges alltid skal være forsvarlig. Samvalg som arbeidsform skal sikre at helsepersonell har kunnskap om pasientens preferanser og verdier, og at behandlingen skreddersys den enkelte pasient og dens livssituasjon (Helse- og omsorgsdepartementet 2019).

I tillegg til nasjonale føringer og samvalg som ideal gir nasjonale pasientforløp (tidligere pakkeforløp) føringer. (Helsedirektoratet, 2024a) Spesialisthelsetjenesten har som målsetting å øke brukermedvirkningen, tilfredsheten med koordinering, ha en overordnet plan, ha tidsfrister, evaluering og skreddersøm til barn, ungdom og familier. Dette innebærer bruk av skjemaer kartlegging, evaluering og tid spiller en rolle når hjelp skal gis og mottas.

Noen poliklinikker i Troms jobber etter modellen The Choice And Partnership Approach (CAPA). Dette er en tjenestemodell/transformasjonsmodell som kombinerer samarbeid og engasjert deltakelse av brukere i en tjenestemodell. Modellen er en tilnærming for klinisk arbeide og bygger på en Lean modell for kapasitets og behovs planlegging (York &

Kingsbury, 2007, s. 3). CAPA modellen er opptatt av brukerne av tjenesten og at en god samarbeidspraksis gir valg.

### Bakgrunn for valg av tema.

Jeg er utdannet klinisk barnevernspedagog. For 6-7 år siden ble CAPA modellen presentert av utviklerne av CAPA. De besøkte poliklinikken jeg jobbet på, og jeg deltok også i London på opplæring i modellen. I de siste 5 årene har jeg jobbet førstelinjetjenesten som BUP ansatt. Der får vår lavterskel poliklinikk ofte ungdommer henvist etter at de har vært i samtalen «Dine muligheter». På denne samtalen har de kommet frem til at helsehjelpen kan gis på kommunalt nivå.

I CAPA heter den første samtalen «The Choice appointment». På poliklinikkene som bruker modellen ble det reflektert rundt ordet samvalg. Ordet samvalg var ganske vanskelig på norsk og det ble drøftet om dette ordet ble forstått av de de unge. Jeg foreslo til kollegaene mine at vi kunne bruke navnet «Samtalen Dine muligheter». Dette skulle formidle håp, at det fantes flere måter/veier til endring og hjelp. At ordet «Dine» gjorde det personlig og belyste at barn/ungdommen medbestemmelse, valg og at myndiggjøring var viktig. Samtalen ble etter dette kalt Dine muligheter, ofte forkortet med mulighessamtalen.

En Dine muligheter samtale er en 60-90 minutters samtale etter at henvisning til klinikken er vurdert. Barn, ungdom og foreldre inviteres inn. Dette første møte skal gi grunnlag for vurdering av psykisk helse, risiko/beskyttelse faktorer, øke medvirkning, gi samvalg samt følge krav fra lovverk og lage mål for behandling. For å vurdere helse brukes skjemaer som måler grad av psykisk helse. For eksempel traumekartlegging. Psykometriske kartlegginger kalles slike skjemaer i poliklinikk.

Det er mange oppgaver for en terapeut i løpet av halvannen time. Det å skape trygghet og relasjon til familien er også viktige. Som fagperson kan jeg se for meg at barn og ungdoms samvalg kan utfordres av faktorer som alder, selvinnsikt, stress og det å snakke uten eller sammen med foreldre. I tillegg skal foreldrene sin mening, behov og terapeuts vurdering legge grunnlag for samarbeid mot endringsmål. En annen viktig faktor er kapasitet i tjenesten etter samtalen. På slutten av samtalen skal familien gå hjem med avtale hos behandler hvis avgjørelsen faller på utredning/behandling i BUP. Det kan også avgjøres at det de gjør selv nå for egen helse er til hjelp, eller at de kan få hjelp hos andre instanser. Noen ganger kan

ungdommen trengte mer tid til valg, Det skal innhentes informasjon, kalt komparent opplysninger og det kan for eksempel foreslås å prøve ut et selvhjelpsprogram. Det er mulighet for å avholde en ny samtale som omtales som «Dine muligheter pluss» for å følge opp avtaler gjort på første møtet.

Oppgavene passer inn i en sosialfaglig arbeidsmåte. Sosialarbeidere har et relasjonelt perspektiv hvor fokus er på personer i møte med vanskelige livssituasjoner. De har et helhetsperspektiv som handler om å fokusere på levevilkår og se deres hverdagsperspektiv, se på personen i situasjonen. Personens liv og deres relasjoner til andre og samfunnet (Hansen & Solem, 2017).

## 1.2 Presentasjon av problemstilling.

Formålet med undersøkelsen er å få kunnskap om erfaringer med å tilrettelegge for samvalg i den første samtalen i BUP. Hvordan tilrettelegger terapeuter for samvalg i samtalen Dine muligheter?

For å kunne besvare problemstillingen ønsker jeg å vite mer om:

- Hvilken informasjon gis før samtalen, under samtalen og har samvalget betydning for det som skjer videre?
- Hvilke erfaringer har terapeuter med bruk av aktiveringsmateriale?
- Hva er erfaringene til terapeutene om gode samvalg og samvalg som blir utfordrende?

## 1.3 Kontekst

Barne og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) gir utredning og behandling til barn og ungdommer 0-18 år med moderat til alvorlig psykiske helseplager. Dette er spesialisthelsetjenesten og omtales som en andre linje tjeneste. I den poliklinikken jeg gjorde mine intervju jobber psykologer, leger, sosionomer, barnevernspedagoger og kliniske spesialister i pedagogikk. Tall fra folkehelseinstituttet viser at rundt 7 prosent av barn og unge i alderen 4-17 år har en psykisk lidelse. Under og etter Covid pandemien (2020) har det vært en klar økning i andelen 12-24-åringene som har blitt diagnostisert med en psykisk lidelse i både primær- og spesialisthelsetjenesten (Folkehelseinstituttet, 2023).

Ordet aktiveringsmateriale viser til bruk av hjelpemidler for å engasjere, samarbeide, gi /få informasjon, aktivisere og kan være tegning, bilder, spille spill, se i brosjyrer, se

informasjonsfilm etc. Hensikten er å få/gi informasjon, ha vurderingsgrunnlag, lage en samarbeidsrelasjon, få tilitt og at dette skal lede til samvalg

På poliklinikker der informantene jobber bruker man Feedback informerte tjenester (FIT). Barn og ungdom svarer på et skjema eller en ipad innledningsvis i samtalen og på slutten av samtalen. De svarer på fire spørsmål om trivsel med seg selv, familien, skole/venner og generelt. Videre fire spørsmål om timens innhold og tilbakemelding på slutten av «samtalen Dine muligheter». Dette gjør at barn og unge gis mulighet til å medvirke og gi tilbakemelding. De svarer på om de følte seg hørt og respektert, om terapeutens forståelse av dem passet, om de likte innholdet i timen og alt i alt. Svarene legges inn i statistisk data og det kommer frem på en graf med bane/kurve for bedring og forverring. Dette bidrar til at man kan følge utviklingen for barnet/ungdommen og få tilbakemelding om hjelpen. Formålet er å raskt sammen med barnet/ungdommen gjør endringer om hjelpen ikke virker. Dette kan være å jobbe med alliansen, mål, endre tilnærming eller vurdere et annet sted som kan gi hjelpen.

CAPA er en organisasjonsmodell som tar for seg hele forløpet gjennom Choice, utredning/behandling, utskrivning og pasientflyt. Jeg vil i denne oppgaven bare forholde meg til det som er første møtet etter henvisning. The Choice appointment, kalt samtalen Dine muligheter.

## **1.4 Oppbygging av studien og avgrensninger**

I min studie har jeg valgt å bruke betegnelsen barn/ungdom istedenfor pasient, og det tar utgangspunkt i barn og ungdom fra alderen 7-16år.

Informantene er alle psykologer og utgangspunktet er et møte på halvannen time med barn/ungdommer og familie. Altså et kort tidsaspekt i et mulig langt og sammenhengende BUP tilbud. I denne perioden studien ble gjort ble Dine muligheter utført av bare psykologer.

## **1.5 Temaets relevans**

I lys av barneombudet rapport (Barneombudet, 2020) og Forandringsfabrikkens kartlegging og rapport «Mitt liv» (2014) ble medvirkning/samvalg aktuelt. Forandringsfabrikken tok utgangspunkt i 120 ungdommers erfaring med BUP. Det kom frem i rapporten at 4 av 5 ungdommer ga tilbakemelding på at de ikke snakket om det som var viktigst for dem i poliklinikken. Noe som lukket for den åpenheten var når skjema, diagnoser, atferdsendring og medisiner fikk for mye plass.

På en poliklinikk jobber man tverrfaglig og det er mange profesjoner. Det jobber leger, psykiatere, psykologer, pedagoger, masterutdannede innenfor psykologi, sosionom og kliniske barnevernspedagoger. Tilbakemeldingene fra Barneombud og Forandringsfabrikken er derfor relevant for sosialarbeideres erfaring og praksis utøvelse. Tilbakemeldingene handler også om hvordan sosialarbeidere og andre profesjoner møter dem og tilrettelegger hjelpen i poliklinikker.

Da Covid 19 epidemien kom stengte mange hjelpetiltak ned eller ga hjelp via videosamtaler. Det er enda ikke helt konkludert om hvordan og hvor mye dette påvirket ungdommer psykisk helse, men man er enig i at de som allerede ble betegnet som sårbare grupper fikk det verre. I poliklinikker ble det et stort etterslep, samtidig som tidspress og arbeidsbelastninger gjorde det vanskeligere å beholde og rekruttere behandlere.

Brukermedvirkning er et begrep og en praksis man møter på alle arbeidsteder. I min egen praksis hørte jeg begrepet for første gang da jeg hadde praktisert i 10 år. Det kan handle om at jeg jobbet lenge med barn under 12 år på institusjon. Den gang brukte en begrepet om påvirke egen prosess, senere ble begrepet innvirkning brukt. Deretter påvirkning og så medvirkning. Begrepet og innhold har endret seg og etter hvert blitt lovpålagt og nå er det en selvfølge i praksisutøvelsen. Sosialarbeider møter mennesker på mange arenaer, gjennom ulike praksiser og har til felles at brukermedvirkning er en sentral oppgave. Det er nok ulik vektlegging og gjennomføring. Medvirkning kan stå maler for innhold i barne og ungdomssamtaler og maler for skriving etterpå, men jeg kan aldri huske opplæring i å praktisere medvirkning på mine arbeidsteder. Samvalg kan antas å være nytt i sosialt arbeid da det tidligere har vært mest praktisert innen medisinen.

I et møte med hjelpesøkere har vi ulike roller. Foreldre har sine bekymringer og ansvar, og de har juridisk rett til å bestemme for sitt barn under 16 år. Barnet/ungdommer er den som endringen skal skje med og rundt. Noen ganger kan man få inntrykk av at brukermedvirkning er et slags honnør ord som brukes i taler og planer, mens gjennomføringen sies det ikke så mye. Det vil si hvordan man i praksis kan gjennomføre dette. Jeg håper i min studie å finne mer ut av erfaringer rundt *hvordan* de tilrettelegger og om samvalget de gir erfares å bli fulgt opp av de andre i klinikken.

Som nevnt ovenfor har brukerne av tjenestene som Forandringsfabrikken (2014) hatt sterke meninger om hvordan en bør bli møtt i psykisk helsevern. De ga råd på at det var vanskelig

for barn og unge å åpne seg i første time. Møtet med fagfolk og med kartleggings skjemaer og det at foreldre var deltakende gjorde det vanskelig av ulike årsaker. Dette kan forstås som at det som er terapeutenes oppgaver og anbefalinger i «Dine muligheter» ikke er i tråd med disse ungdommenes erfaringer.

## 2 Kunnskap status

### 2.1 Samvalg

Når man gjør internett søk på samvalg får man mange funn og det vises til mange nettsider. Mange av disse omhandler voksne og samvalg knyttet til somatisk helse og medisin. Jeg oppdaget at min arbeidsgiver Universitetssykehuset Nord-Norge har nettsider, e-kurs og portal for samvalg (UNN, 2024). Jeg har jobbet 19 år i UNN uten å ha hørt ordet før vi begynte med CAPA i BUP. Hvis man søker på folkehelseinstituttet sin nettside for samvalg kommer Bjønnes doktorgrad (Bjønness, 2022) og diverse andre publiseringer av han sammen med andre medforfattere opp. Petter Viksveen er en medforfatter som nevnes ofte og han har gjort forskning på ungdom (Viksveen et al., 2021). Det meste er litteraturstudier. Dette tyder på at det er lite nasjonal forskning på samvalg, men at det er i utvikling. Litteratursøk på medvirkning gir mange treff og det er skrevet mange bøker om det. Jeg kontaktet samvalgssenteret til UNN for å få mer informasjon om samvalg for barn og unge. De viste til Bjønnes oppgave og skrev at de hadde jobbet og forsket lite på samvalg med barn og ungdom. De hadde laget en samvalgsveiviser for personer med psykoselidelser. Bjønnes sin doktoravhandling er knyttet til ungdommer på sengepost, det kan innebære mindre frivillighet, man kan likevel ha overføringsverdi til poliklinisk kontekst. Studien til Bjønnes (Bjønness, 2022) tok for seg samvalg sett fra tre perspektiver :

- Helsepersonell: Deltakerne vektla et behov for endringer i kultur og rutiner ved klinikkene for å oppnå individualiserte tjenester tilpasset den enkelte ungdom sitt behov. Brukermedvirkning og samvalg forutsetter at ungdom møtes med omsorg, og det reker tid å bygge en trygg relasjon. Korte innleggelser og standardiserte behandlingsforløp utfordrer brukermedvirkning og samvalg og stiller krav til fleksibilitet blant helsepersonell
- Ungdommene: Resultatene viste at informasjon og etablering av en tillitsfull relasjon med behandler var en forutsetning for brukermedvirkning og samvalg. Ungdom som ikke opplevde å bli lyttet til og ha medbestemmelse ved innleggelse uttrykte motstand eller likegyldighet til behandlingen. Diagnoser ble opplevd som stigmatiserende og begrensende for individuell tilpasning, valgmuligheter og samvalg.
- Foreldre: Resultatene viste at foreldre stod i et dilemma; De ønsket brukermedvirkning og størst mulig grad av selvbestemmelse for ungdommene, samtidig som de så at foreldreinvolvering var nødvendig for etablering og oppfølging av helsehjelp. Foreldrene

opplevde å ha viktige roller i samvalg uten at de var beslutningstakere. De formidlet informasjon og bidro med nødvendig støtte til ungdommene, men vektla at de selv hadde behov for familieorienterte tiltak for å holde ut (Bjønness, 2022, s. 8).

Internasjonale review studier viser også at man vet lite om samvalg som metode hos barn og unge. Dette kan komme av at det er del utfordringer og komplekst å undersøke barne og unges helsetjenester. Utfordringer Cheng (2017) fant var at barn og unges alder og modenhet for å ta avgjørelser kan ha betydning. Videre fant en at helsepersonell hadde vegring mot å endre praksis, øke bevisstheten og forståelse for hva som fungerer, hva som ikke fungerer. I alt 23 studier i undersøkelsen konkluderte med disse barrierene var gjennomgående til stede i flere barne og ungdomstjenester inne psykisk helse. Likevel konkluderte mange i datamaterialet at både foreldre og barn opplevde at samvalg bedret psykososiale vansker. (Cheng et al., 2017. Edbrooke-childs et al., 2015)

I en studie til gjort av Cheng et al (2017) undersøkte de hva som fremmet samvalg. I litteraturen fant de at terapeutens teknikk, informasjon og hjelpemidler for å diskutere og gjennomføre valg med pasienter økte samvalg.

I et annet litteratur studie om samvalg undersøkte man sammenheng mellom teori og intervensjoner. (Hayes et al., 2023). I litteraturen fant at en det er en sammenheng mellom terapeutisk tilnærming og samvalgsverktøy. Videre at det er behov for opplæring om samvalg, og at det er nødvendig å ha en kultur for dette på arbeidstedet. Det var ingen funn på at teoretisk retning spilte noen rolle i samvalg.

Bjønnes (2022) skriver i sin doktoravhandling at en suksess faktor var pasientens forståelse av hva behandlingen innebærer, omfordeling av makt og en fleksibel behandler med positiv innstilling til samvalg.

En kvalitativ studie utført av (Abrines-Jaume et al., 2016) i Storbritannia hadde som hensikt å utforske og forstå fagpersoners erfaring under implementeringsprosessen på samvalg. Studien ble utført på fire forskjellige Center for children and adolescent mental health (CAMHS). Dette tilsvarer norsk BUP. Studiens formål var å identifisere faktorer som fremmet samvalg. Studiet tok utgangspunkt i 23 fagpersoner som over en toårsperiode testet verktøy og tilnærminger som kunne støtte samvalg. Fagpersonene fullførte totalt 307 loggbøker for å kartlegge verktøy og tilnærmingsmetoder som fremmer samvalg. Analyse av resultatene identifiserte tre aspekter ved fagpersoners atferd og tilnærming som fremmer samvalg: (1)



innsats; (2) tillit; og (3) integrering. Ordet innsats blir her brukt for det engelske ordet apprehension/vegring for å ta i bruk. (Abrines-Jaume et al., 2016). Denne engelske studien har relevans for problemstillingen, fordi den ser på hvilke tilnærminger og faktorer som kan støtte implementering av samvalg. Implementering av samvalg forutsetter at fagpersoner har kompetanse om hva som fremmer prosessen, inkludert villighet til å prøve det, vise tillit til unge valg og vilje til fleksibilitet. Det er et lite utvalg og et delstudie, men belyser dette med implementeringsvansker med samvalg som ligger hos den enkelt terapeut.

## 2.2 Medvirkning

En kunnskapsoppsummering om brukermedvirkning i psykisk helsearbeid i Norge beskriver en utvikling der pasienter har fått en mer aktiv deltakerrolle i egen behandling. Denne kunnskaps oppsummeringen gjelder psykisk helsearbeid i kommuner og for voksne. Der påpekes det at en dreining mot rask diagnostisering og standardisering av prosedyrer som pakkeforløp kan utfordre brukermedvirkningen (Klausen, 2016).

Dette kan muligens ha overføringsverdi til barn og ungdoms feltet. Det stemmer med hva «proffer» fra forandringsfabrikken sa kom i veien for å kunne åpne seg og dele hva som er vondt (Forandringsfabrikken, 2014). De sa at skjemaer, tidspress og snakke om diagnoser fikk de til å lukke seg og ikke delta aktivt. På den andre siden er pakkeforløpet eller nasjonale pasientforløp som det nå heter kommet for å bidra til medvirkning. Pasienten skal ha en plan, oversikt over hvem som hjelper, hvordan og at hjelperne har en tidsfrist. Det kan være tidsfristen som utfordrer hvis man tar utgangspunktene i Forandringsfabrikkens tanker. Det tar tid å bygge relasjon mens nasjonale forløp har tidsfrister som kan komme i veien for å bruke tid på dette.

I et review-studie om brukermedvirkning ble det funnet at ungdom, i møte med psykisk helsevern, kjente på tap av kontroll i egen behandling, grunnet liten mulighet til å komme med egne ønsker for behandlingen og begrensede behandlingsmuligheter (Viksveen et al., 2021). Det er med andre ord et nokså komplekst område og det er mange meninger rundt dette med samvalg, medvirkning, nasjonale forløp som tidligere ble kalt pakkeforløp. Når man vurderer at brukermedvirkning er en viktig del av behandlingen for at ungdom skal bli motivert og fullføre behandling, er det nyttig og nødvendig med videre forskning på området.

## 2.3 CAPA og Dine muligheter samtalen

Studier som er gjort av CAPA etter innføring i psykisk helsevern for barn og unge i England, Australia og New Zealand viser at CAPA bidro til at barn og unge ble møtt på en mer hensiktsmessig måte og at det bidro til at pasientflyten gjennom systemet økte. En større pasientflyt hadde ikke negativ innvirkning på den kliniske behandlingen til barn og unge (Naughton, Carrol, Basu & Maybery, 2018). Alle barn og unge som ble henvist til poliklinikken fikk muligheten til å komme til en samtale og behandlerne hadde en målorientert tilnærming i behandlingen. Etter innføring av CAPA var det betraktelig reduksjon i ventetiden, selv om det var en større pasientflyt gjennom systemet (Naughton, Basu, O'Dowd, Carroll & Maybary, 2015). Studien til Fuggle, McHugh, Gore, Dixon, Curran & Cutinha (2016) viser til at klientene var mer tilfredse med systemet etter innføringen av CAPA.

I sin spesialist oppgave gjorde Myrvang & Fundingsrud (2021) ett pilotstudie på poliklinikken om Dine muligheter. I datamaterialet deltok 27 barn/ungdommer. De svarte at de følte seg lyttet til og 93% svarte at de følte seg tatt på alvor. 78% svarte at BUP kunne gi en god forklaring på hvorfor de strevde. 70% svarte at BUP ga de tilbakemelding på hva de allerede gjorde som var lurt og bra for seg selv. 82% av barna/ungdommene svarte at BUP helt eller delvis visste hvordan de skulle bistå. Ingen av barna/ungdommene var uenig i denne påstanden, men 18% svarte at de ikke visste om de hadde fått denne informasjonen. 60% svarte at de ble presentert for ulike måter å få det bedre på, mens 40% var uenig i, eller ikke visste om dette ble presentert i samtalen. 82% svarte at de fikk tilstrekkelig forklaring og 11 prosent sa at de ikke visste om de fikk det. Oppsummert konkluderer studien at Dine muligheter gir opplevelse av medvirkning til både pasientene og deres pårørende. De fant at det viktigste barne- og ungdomsgruppa tok med seg fra samtalen var håp og tillit til at de ville få hjelp. For den terapeutiske prosess og arbeidsallianse er dette helt sentrale elementer for å lykkes i det videre behandlingsforløpet. Dette ved tidlig å få etablert en felles forståelse og foreløpig plan for hva som skal skje videre. Studien konkluderte med at det kunne være mulig å tenke at Dine muligheter ikke bare er et organisatorisk rammeverk for å sikre brukermedvirkning og samvalg, men også en direkte terapeutisk intervensjon i seg selv (Myrvang & Fundingsrud, 2021).

### **2.3.1 Oppsummering**

Det norske forskningen som finnes på samvalg er knyttet til voksne, somatisk helse og medisin. Jeg fant ingen studier fra BUP eller annen poliklinikk. Studien i Norge av Bjønnes (2022) tar utgangspunkt i ungdom på sengepost og utenlandske review studier vist til ovenfor bekrefter at man vet lite om samvalg som metode på barn og unge. Disse studiene viser til at det er utfordringer med å implementere samvalg og forske på det bruk av verktøy for samvalg. Et viktig funnet er at man kan konkludere at samvalg øker medvirkning. Review studier konkluderte at samvalg bedre psykososiale vansker hos barn (Cheng et al., 2017. Edbrooke-childs et al., 2015). Videre at tid, relasjonsbygging, informasjon og motivasjon er viktige faktorer i samvalg. Dette vil jeg se nærmere på i min studie om samvalg.

### **3 Teoretisk rammeverk.**

Det finnes ingen konkret teorier som tar for seg samvalg som metode. Det finnes mange ulike forståelser av begrepet og innhold. Jeg vil i dette kapitlet belyse den teoretiske rammen rundt samvalg på denne poliklinikken og teorier fra sosialt arbeid.

#### **3.1 The Choice and partnership approach (CAPA)**

Tilnærmingen heter The Choice and Partnership Approach (CAPA). Dette er en organisasjonsmodell for drift av BUP. Målet til CAPA er at barnets, ungdommens og familiens behov og ønsker skal komme tydeligere frem, gjennom dialog og kartlegging av hvordan de selv ser på sin situasjon og behovet for hjelp. Behandlingen de får skal gis på bakgrunn av deres egne behov (York & Kingsbury, 2007).

CAPA ble utviklet av Ann York og Steve Kingbury som begge er psykiatere og har jobbet i poliklinikker for psykisk helse for barn og ungdommer i Storbritannia. De ønsket begge å bidra til økt kvalitet på tjenesten og de startet i 2004 å utvikle CAPA modellen. Siden dette har de utviklet modellen, hatt foredrag og opplæring i over 500 poliklinikker for barn og unge (York & Kingsbury, 2007).

CAPA bruker 5 ideer som annerledes enn mange andre tradisjonelle kliniske systemer. Det er på norsk valgt å kalle ideer for komponenter i CAPA.

Komponentene er:

- 1) Valg
- 2) Kjerne- og spesifikt fagarbeid
- 3) Velge den rette kliniker
- 4) Arbeidsplanlegging
- 5) Teammøter

Komponenten «Valg» som min oppgave handler om er ifølge CAPA sin filosofi; at valg handler om partnerskap, samarbeid og tjenesten utformes ut fra brukerne av tjenesten. (York & Kingsbury, 2007).

Praksisen i denne poliklinikken studien ble gjort er at barn/ungdom og familie møter til Dine muligheter samtale. Hvis det blir at man skal komme igjen til Bup møter de en hoved terapeut som har ansvar og følger familien gjennom hele forløpet i poliklinikken. Gjennom

valg/samvalg skal man kommer frem til hvilken type behandling som vil bli gitt, hvor lenge og hva som er viktig for alle parter. Dette samvalget forventes å kunne føre til myndiggjøring, økt motivasjon, et pasientløp som organisatorisk er koordinert og at tjenesten tilpasser seg pasientenes og deres familier sin behov og preferanser. Det gjelder gjennom hele forløpet i BUP. Fra Dine muligheter til avslutning. Min oppgave tar for seg den første delen som er Dine muligheter.

Det første møtet mellom familien og terapeut er The Choice Appointment som vi kaller Dine muligheter. Prinsipper er «Joint formulation» som på norsk kan kalles felles forståelse, se på alternativer, belyse valg, engasjere i en sirkulær prosess. Hovedmålet i CAPA modellen er informert samtykke. For å oppnå dette må terapeuter være nysgjerrig, vurderer risiko og muligheter, samt gi sin ærlige vurdering (Whāraurau & Whāraurau is a national centre for Infant, 2024). Dette senteret på New Zealand jobber også etter organisasjonsmodellen CAPA som beskriver seg selv om en service transformasjonsmodell (York & Kingsbury, 2007).

### **3.2 Empowerment**

Empowerment er et begrep som ofte koples til brukermedvirkning. Enkelt kan man si at begrepet beskriver en prosess der personer eller grupper preget av avmakt får kraft og styrke til å ta makt i betydning av styring og kontroll over egen livssituasjon. (Askheim & Andersen, 2023, s. 26). Fagpersonen bidrar til at en slik prosess kommer i gang og iverksettes. Begrepet Empowerment er mangfoldig og må forstås i kontekst. Ulike kontekster er for eksempel myndiggjøring på individnivå, system nivå, på forskningsnivå og samfunnsnivå.

Empowerment har to hovedretninger som står for to ulike politiske syn på hvordan politikken påvirker hverdagen til mennesker (Askheim, 2012). Disse er Empowerment som etablering av motmakt og individorienterte tilnærminger til Empowerment. Min oppgave vil omhandle det siste. Empowerment på individnivå handler om styrke den som trenger hjelp til å nå sine mål, mestringskompetansen og klare utfordringene de står i. Dette kan gjøres ved å sette mål, oppnå ferdigheter, og få mer bestemmelse. Empowerment begrepet står nært styrkeperspektivet i sosialt arbeid. «Styrkeperspektivet fokuserer på empowerment, medvirkning, partnerskap, resiliens, dialog, profesjonell samhandling og helhetsperspektiv med økosystemtenkning»(Hansen & Solem, 2017, s. 95).

Askheim/Andersen 2023 viser til at Aujoulat et al (2007) i sin undersøkelse fant Empowerment begrepet i 55 vitenskapelige artikler. Det var ingen entydig teori, men individperspektivet var enerådende. Det ble uttrykt gjennom vektlegging av samarbeid, nye roller, felleskap, engasjement, dialog, fokus på pasientens preferanser, ressurser og maktutjevning blant noen (Askheim & Andersen, 2023, s. 17). Fokuset på det individuelle møter kritikk da det ansvarlig gjør mennesket og ikke samfunnets strukturer og at utjevning av makt foregår fra hjelper til hjelpe søker. At den som søker hjelp er den som best «kjenner hvor skoen trykker «og vet hva sitt eget behov er for hjelp er en måte å se forskyvning av makt. Dette er sentralt i samvalg. Kritikken mot dette er at maktforskyvning tar tid, er en prosess og at man ser for mye på individet og ikke hvor problemet oppstår. Er problemene samfunns skapte eller ligger de hos individet?

Ifølge Askheim & Andersen (2023) så opptrer makt også i andre settinger som for eksempel sosiale relasjoner. De opptrer når en hjelper kan kontrollere noe en hjelpe søker trenger. Dette i form av en strukturell makt. Hjelper forvalter et lovverk, institusjonelle regler og i Dine muligheter samtalen også vurderingen om helsehjelp skal gis på BUP. Det er en asymmetrisk relasjon og opptrer mellom hjelper og hjelpe søker. I den sosiale konteksten spiller språket en stor rolle. «Gjennom språket definerer vi virkelighet, men samtidig kan språkbruken bidra til å endre virkelighetsoppfatningen. Derfor snakker en om definisjonsmakt (Askheim & Andersen, 2023, s. 104). Med sin fagkompetanse, rolle og erfaringer ligger også en type profesjonell makt i møtet mellom hjelper og klient. En slags ekspert som de som trenger hjelp møter for å finne ut av sin helse og få hjelp.

I sosiale relasjoner har følelser en funksjon og i Empowerment forståelsen ligger også en emosjonell dimensjon. Askheim (2012) nevner skam for å søke hjelp, skam knyttet til psykiske lidelser. Stolthet knyttet til det å få til og mestre. Følelse av verdighet i måten man blir møtt på av hjelper. (Askheim, 2012).

### **3.3 Medvirkning**

Brukermedvirkning kan foregå på individ-, tjeneste eller systemnivå. Brukermedvirkning handler om at pasienten får medvirke i planlegging, gjennomføring, vurdering og evaluering av behandlingen (Askheim & Andersen, 2023b, s. 16).

Barn og unges rett til medvirkning er nedfelt i den norske grunnloven §104, FN barnekonvensjon artikkel 12, barnevernloven, lov om psykisk helse. Paulsen (2022) viser til at medvirkning er viktig på fire områder. Det å sikre god informasjon, gode beslutninger og treffsikre tiltak. Videre gi følelse av mestring og egenverdi, og ha mulighet til å påvirke sitt eget liv og for ivaretagelse av menneskerettigheter. (Paulsen, 2022, s. 39).

Bjønnes (2022) tar for seg flere medvirknings begreper som er brukt i litteraturen. Han deler de inn i flere kategorier. *Klinisk brukermedvirkning* inkluderer ikke like stor vektlegging av pasientens ønsker, og ligner mer på tradisjonell beslutningsprosess. *Støttende brukermedvirkning* fokuserer mer på samarbeid mellom helsepersonell og pasient, og har søkelys på prosessen fremfor beslutningstakingen. *Informert brukermedvirkning* innebærer at man vektlegger helsepersonellens informasjon om hva som kan ha virkning samt eventuelle ulemper ved behandlingen, mens behandlingsvalget overlates til pasienten. (Bjønnes, 2022).

Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019-2024) har som mål å gi barn og unge medvirkning på individ og systemnivå. Dette gjennom:

1. Barn og unge skal høres, være med på å sette mål i samarbeid med tjenesten og ha innflytelse på tjenesteutvikling.
2. Barn og unge med psykiske plager og lidelser skal motta hjelp som er tilpasset deres behov og ønsker.
3. Barn, unge og familier skal møtes av kunnskapsbaserte tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

### **3.4 Samvalg**

Begrepet samvalg er mest kjent knyttet til medisinen og somatiske tilstander. Samvalg er blitt anerkjent internasjonalt og anbefalt i retningslinjer for behandling av psykiske lidelser. I Bjønnes doktorgradsavhandling kommer historien om samvalgs begrepet frem. En gikk på 90 tallet fra brukermedvirkning over til å beskrive «shared desisjon-making som en prosess der minst to deltakere terapeut og pasient deler sin informasjon og tar skritt sammen med enighet om hvor behandlingen skal forløpe. Informasjonsdeling er en forutsetning og innebærer at helsepersonell skal formidle forskningsbasert kunnskap om behandlingsmuligheter og

fordeler og ulemper ved ulike alternativer (Bjønness, 2022). Pasienten formidler sine preferanser og verdier som har betydning for valget (Charles et al., 1997). Det er ingen enighet om terminologien samvalg eller hva innholdet shared decision making er under ulike kontekster (Cheng et al., 2017).

I Norge bestemte man seg for å bruke ordet samvalg. Samvalg handler om flere ting. Det kan være et mål for samtalen, evalueres under og etter samtalen. Det kan også være en metode for å komme frem til samvalg. Juridisk handler det om de rettigheter bruker/pasienter/ klienter har via lovverk. Det nye ordet samvalg representerte også starten på forskning på dette og hvilke faktorer som fremmer/hindrer samvalg. Når barn og unges medvirkning blir vektlagt skaper det kvalitet på tjenestetilbudet. Tilbakemeldinger gir grunnlag for mulige tilpasninger og endringer. Erfaringene er at utfall det vil si behandlingen blir bedre når tjenestene er lydhøre for behov, verdier og preferanser (Helsedirektoratet, 2024b).

Regjeringen legger gjennom føringer for hvordan helsehjelpen innenfor spesialisthelsetjenesten skal utformes og utføres. Samvalg blir i planen fremholdt som et ideal når beslutninger skal fattes i forhold til behandlingsintervensjoner. En forutsetning skal være at pasienten gis utfyllende og tilpasset informasjon om sin helsetilstand, hvilke behandlingsmetoder som finnes og tilbys, samt forventet effekt og evt. bivirkninger og risikoer forbundet med behandlingen. Det presiseres imidlertid at helsehjelpen som velges alltid skal være forsvarlig og at samvalg ikke skal være ensbetydende med at pasienten alltid har rett. Samvalg i psykiske helsetjeneste reguleres av lovverk. Når barnet er mellom 12 og 16 år skal barnets meninger tillegges vekt. Barnet/ungdommen har samtykkekompetanse som gjelder helsehjelp for forhold foreldrene ikke er informert om, samt når tiltakets art tilsier at det er forsvarlig jf. pasient- og brukerrettighetsloven (§4-3 første ledd). Ungdom mellom 16 og 18 år har rett til å samtykke selv jf. pasient- og brukerrettighetsloven (§4-3 første ledd) (Helsedirektoratet, 2023). Dette legger premisser for selve samvalgsprosessen.

Det er opprett sentre for samvalg i helseforetakene. Deres oppdrag er å bidra til at samvalg blir implementert i helsesektoren. De produserer samvalgsverktøy, bistår med implementering av samvalg, tilbyr opplæring, utvikler e- læringsverktøy, leder fagnettverk og deler informasjon om samvalg. Produksjonen av samvalgsverktøy blir tilpasset hver enkel behandlingsproblemstilling og er bygget opp etter stegene i en beslutningsprosess. Dette gjøres ofte gjennom tre spørsmål som er å belyse behandlingalternativer, fordeler/ulemper og hvor stor sannsynlighet det er for at pasienten vil oppleve disse fordelene og ulempene (UNN,

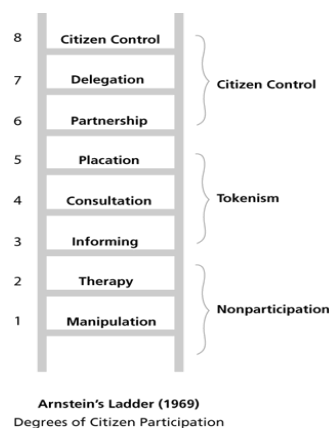


2024). Verktøyene inneholder informasjons og motivasjonsfilmer og blir produsert sammen med både pasienter og helsepersonell. Samvalgssenteret jobber med forskjellige pasientorganisasjoner, helseforetak og utdanningsinstitusjoner (Universitetssykehuset Nord Norge (UNN), 2023). Dessverre er det ikke utarbeidet noe for barn og ungdommer. På poliklinikken mine informanter arbeider er det laget informasjonsvideoer som barn og unge kan se før innkalling. De er dessverre ikke så lett å finne fremt til på nettsiden.

Martin (2019) viser i sin doktorgrad om samvalg på sengepost i Storbritannia til kritikken fra (Entwistle & Watt, 2006) på måten samvalg gjøres på. At det er basert individualistisk forestilling om hva autonomi er. At det er mest fokus på selvet valget enn prosessen som fører frem til valget. I tillegg til informasjonsutveksling bør det være informasjon som er nøytral, være en forhandling, utøves fleksibilitet og skreddersøm til preferanser og verdier. Samvalgmetoder er ofte oppgaveorientert, opptatt av transaksjoner, informasjonsflyt, atferd for å kunne presentere tilbud som kan gis. Oversett blir da viktigheten av å være respektfull og emosjonelt støttende som pasienter som søker hjelp (Martin, 2019).

### 3.5 Ladder of participation Shelley R Arnstein

Denne stigen ble presentert i 1969 og viser til medvirkning i et hierarki. (Arnstein, 1969). Fra ikke deltakende, symbolsk deltakelse og medborger deltakelse med partnerskap, delegert makt og borgerkontroll som de øverste. Mao en stige som viser fra null bruker medvirkning til full brukermedvirkning. En stige for makt når beslutninger skal tas. Den har hatt stor betydning for å forstå deltakelse og makt i avgjørelser i sosialt arbeid. Den ble opprinnelig konstruert for å skissere borgernes involvering i planleggingsprosesser.(Askheim & Andersen, 2023).



Figur :(Askheim & Andersen, 2023)

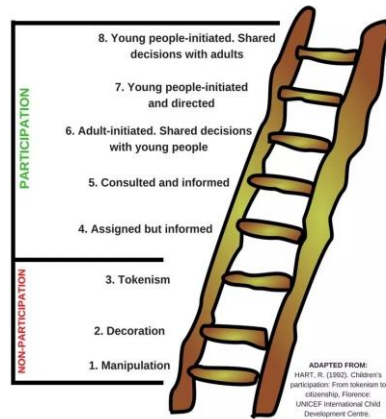
Den er fra 60 tallet om er i senere tid kritisert av flere. Den er kritisert for at full medvirkning er idealet og at den ikke rommer kompleksiteten med mange aktører og rasjonale med medvirkning. Den er gammel og rommer ikke mangfoldet av aktører, samarbeid og forskjellige behov dekker den ikke. Den betrakter at en pasient er i kamp om makt (Tritter & McCallum, 2006).

Annen kritikk er at stigen tar utgangspunkt i forutsetning at hvis en aktør får makt, får en mindre. I litteratur som tar for seg samproduksjon som samvalg kan vurderes å tilhøre under, ses makt på som en ikke tvingende måte å få frem f.eks. fordeler. Dette kan forekomme når profesjonelle bringer inn i relasjonen sin fagkompetanse i møte med pasientens erfaringskompetanse. Et positivt resultat skjer uten at den ene øker innflytelsen på den andres (Askheim & Andersen, 2023). Det skjer et samvalg ut fra gjensidig informasjonsdeling, vurdering fra begge og fordeler/risiko uten at makten sitter hos en av de som stigen tar utgangspunkt i. De har begge makt i litteratur om samproduksjon.

Den gir for meg likevel et perspektiv på at terapi regnes som en ikke medvirkende prosess. Barneombudets rapport bekreftet dette, og det blir en symbolverdi. På denne stigen er terapi en ikke deltakende medvirkning, men partnerskap er det. Dette er det samvalg skal fremme.

En annen viktig faktor når man snakker om makt i terapirommet er språket. «Språk og makt henger sammen. Gjennom språket definerer vi virkelighet og det kan også endre virkelighetsoppfatningen» (Askheim & Andersen, 2023, s. 104).

En annen teoretisk modell utviklet spesifikt for unges brukermedvirkning på individnivå er Roger Harts deltakerstige gjengitt av Diaz; «Decision making in child and family social work» (Paulsen, 2022). Modellen representerer ulike grader av deltakelse, og hvordan gradene uttrykker ulike former for brukermedvirkning. Deltakerstigen består av åtte trinn. De tre nederste trinnene skisserer ikke-deltakelse, og resterende trinn illustrerer unges grad av reell brukermedvirkning. Reell brukermedvirkning beveger seg mellom de øverste trinnene, hensikten er at unge får muligheten til å delta etter egne preferanser.



Kilde: (Unicef.org)

Trinn 6 er voksne initiert delt avgjørelse/samvalg med barn. Trinn 7 er barne initiert og ledet aktivitet der voksne er observatører med støtterolle. Trinn 8 og øverst er barne initiert samvalg med voksne. De kommer frem til felles avgjørelse der de også har benyttet seg av den voksnes visdom og erfaring. Det 8 trinnet gjelder mest tenåringer (Hart, 1992). Kritikken av denne stigen er at den mest viser til avgrensede prosjekter enn dagliglivet. Ifølge Hart (1992) er formålet med stigen ikke at all makt skal gis til barn. Det er å gi barna mulighet, få frem deres potensial og la de få delta på det høyeste nivå de kan. Dette tenker jeg er relevant for samvalget i en «Dine muligheter samtale».

### 3.6 Tillit og relasjon.

Som nevnt innledningsvis er tillit og relasjon viktige faktorer i det å møte barn og unge som i løpet av et første møte skal fortelle om seg selv og ta valg. Fra et sosialarbeider perspektiv handler dette om relasjonelt perspektiv. Få en relasjon, et profesjonelt forhold til den du møter. Forstå hvordan relasjonene til personen påvirker livet og ha en refleksiv kapasitet til ettertanke, refleksjon etter handling. Refleksiv kapasitet er i sosialt arbeid hvordan en hjelper bruker seg selv som redskap både for å sette i gang prosesser og drive dem som en reflektert praktiker (Hansen & Solem, 2017).

Kunnskap om relasjonsarbeid er viktig for å kunne etablere en god allianse. En tillitsfull relasjon beskrives som en forutsetning for, og et sentralt element i brukermedvirkning og samvalg. Etablering av en slik relasjon krever tilstrekkelig med tid, terapeuter som er genuint omsorgsfulle og tar utgangspunkt i ungdommenes historie. Foreldre har en viktig rolle som formidlere. Foreldre som involveres og opplever tillit til helsetjenestene fremmer samvalg (Bjønness, 2022). Dette handler om at de får hjelpe sitt barn/ungdom å fortelle om sin historie

Barneombudet satte ned en ekspertgruppe av ungdommer som fortalte om sine erfaringer med hjelpetjenester og medvirkning. De sa blant annet; «Det er viktig for oss å eie vår egen historie. Medvirkning er å bli hørt, delta i egen sak og få være med å bestemme over eget liv. Medvirkning er også viktig for å gi oss riktig tilrettelegging og hjelp (Barneombudet, 2021). Dette handlet for ungdommene om at de mistet tilliten når hjelpere ikke kommuniserte godt og viste at de var interessert i å hjelpe.

Kunnskapen til terapeuten i Dine muligheter setter krav til generalist kompetanse og spesialist kompetanse. Generalist kompetanse handler om å ha bredd i kunnskap og metoder for å hjelpe folk med sammensatte behov (Hansen & Solem, 2017). I tillegg kommer kompetanse som er spesifikk for det faget, stedet og yrkesrollen du har. Terapeutene i Dine muligheter samtalen skal formidle informasjon som er teoretisk, kunnskapsbasert, erfaringsbasert og skreddersydd til barnet og ungdommens situasjon. Fokus og forskning på hva som virker for pasienter har vært diskutert i mange år. Evidens basert forskning har vært hyllet og kritisert for sine randomiserte kvantitative metoder. (RCT studier). Disse studiene har ofte fokusert på virksomme fremgangsmåter omtalt som metoder når man skal hjelpe barn og unge. Ofte sett på som en motpol er forskning på relasjon og alliansen sin betydning i terapi. Faktorer som relasjon og allianse har vært viktige for å finne ut hva som virker i psykoterapi. En studie konkluderte med at allianse, empati og bruk av feedback-verktøy sorterte som effektive relasjonselementer. Videre viste studien at enighet omkring behandlingsfokus og -målfokus, samarbeid og positivt omdømme virket som sannsynlig effektive elementer. Studien viste også at pasientens eventuelle motstand, preferanser, kultur, religion og spiritualitet burde tas hensyn til i utformingen av behandling (Norcross & Lambert, 2011).

Lambert (1992) laget en modell på hvilke faktorer som påvirker behandlingsutfall i psykoterapi. Modellen viser at faktorer utenom pasienten står for 40 pst av behandlingsutfallet, dette er nettverk, jobb, skole, bosituasjon etc. Han kalte det utenom terapeutiske faktorer. En fellesfaktor som sto for 30 pst av effekten var at pasientens relasjon til terapeuten, som allianse og empati. Teknikker/metode sto for 15 pst av effekten og placebo den siste (Lambert, Michael J. 1992:96; Wampold 2001; Lambert 1992). Det betyr at relasjon, empati, pasienten egen tro og håp står for større effekt enn behandlingsmetode.

### **3.7 Feedbackinformerte tjenester (FIT)**

FIT (Feedback Informed Treatment) er et tilbakemeldingsverktøy hvor behandler setter brukerens perspektiv i fokus og samtidig evaluerer effekten av eget arbeid. Dette som et

bidrag til å lage et tilbud som er skreddersydd og tilpasset barn, ungdom og familiens kontekst. Det er derfor valgt å bruke FIT til dette formålet.

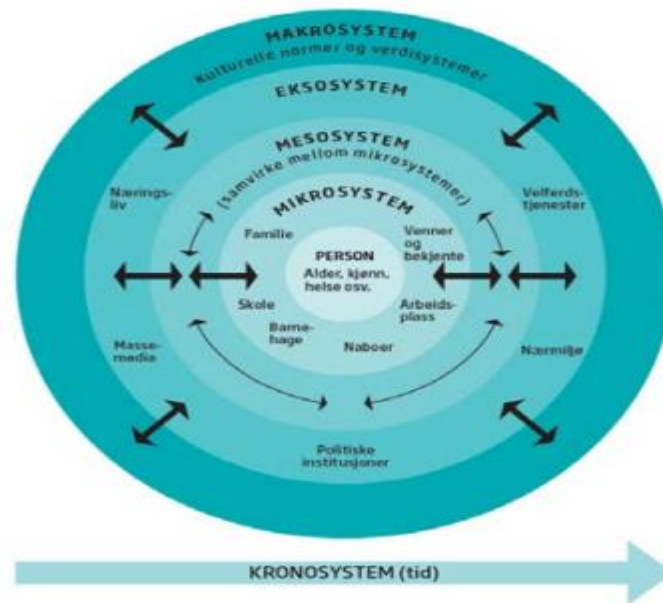
Tilnærmingen er utviklet av blant andre Scott Miller og Barry Duncan. Det baseres seg blant annet på Lambert som viser at det ikke bare er relasjon, selve metoden som har noe å si for utfall, det handler om skreddersøm til pasient og det pasienten har med seg som skjer utenfor terapirommet. Det gjøres med 4 spørsmål innledningsvis om hvordan barn/ungdommer har det på 4 områder, og så på slutten av timen 4 spørsmål om timen. Snakket vi om det som var viktig for deg, passet måten terapeuten forsto deg på, det som ble gjort i timen og alt i alt på en skala fra 1-10. Eller det vil si fra surt smilefjes til blidt smilefjes. Dette brukes i Dine muligheter samtalen. Der er relasjonsbegrepet gjort om til allianse som inneholder relasjon, mål og arbeidsmetode (Bargmann et al., 2012).

### **3.8 Oppgave orientert sosialt arbeid**

I 1972 introduserte Epstein og Reid begrepet «Task centered casework» som på norsk fikk navnet oppgave orientert sosialt arbeid. Det forkortes i dag ofte med OOT. Dette er en problems løsningsmodell som er opptatt av problemdefinering, forhandling mål og oppgaver for å finne best løsning (Hutchinson & Oltedal, 2003). Samarbeidet skal baseres på gjensidig forpliktende partnerskap. Brukerne er aktive i beslutningsprosessen. Økt bevisstgjøring om egne ressurser skal gi de som søker hjelp mer tro på seg selv og at de dermed engasjerte seg mer og kunne påvirke utviklingen. Metoden er teoretisk uavhengig, tidsavgrenset og målrettet. Med dette mener jeg at man kan bruke flere teoretiske tilnærminger. Det som kalles eklektisk tilnærming. Metoden er ansett som et grunnlag for utøvelse av sosialt arbeid på generalistnivå. Den har inkorporert tenkning mikro, meso og makro perspektiver, oppgaver orienterte oppgaver og ser på sosialarbeideren som en aktiv partner i endringsprosessen (Healy, 2022). Oppgave orientert tilnærming er nyttig i situasjoner det er behov for å oppnå konkrete resultater innen en tidsramme.

### **3.9 Sosialøkologisk perspektiv**

Er en modell laget av psykologen Urie Bronfenbrenner kalt Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell viser til hvordan vi mennesker er omgitt av systemer som danner et nettverk rundt og med oss. Systemene er kalt mikro, meso, ekso og makrosystemer (Bronfenbrenner, 1979).



Figur : Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell (2005) gjengitt av (Helsedirektoratet, 2015, s. 14)

Bronfenbrenner modell bygger på systemteori. Økosystem tenkning er svært relevant og nyttig i utøvelse av profesjonell sosialfaglig kontekst når det gjelder samarbeid og hjelp til mennesker. Det er en tverrfaglig tilnærming for fag som biologi, juss, psykologi, samt samfunnsvitenskapelige fag som, helsefag og sosialt arbeid. Modellen kan anvendes til analyse av enkeltindividers og familiers problemsituasjoner (Hansen & Solem, 2017).

Bronfenbrenner modell er delt inn i fem systemnivåer:

**Mikrosystemet** består av de primære sosialiseringarenaer som familie, barnehage, skole, arbeidsplass, fritidsaktiviteter og andre arenaer hvor individer møter og inngår i samspill daglig. For å studere dette systemet må man kartlegge aktiviteter, roller og relasjoner som barnet inngår i eller eksponeres for.

**Mesosystemet** er oppmerksomheten på forbindelsen mellom mikromiljøene. Dette kan være overlapp fra andre mikromiljøer på besøk, nærhet, distanse, kontakt, pendling og generelt hvilke forbindelseslinjer det er i mikro og mesosystemet.

**Eksosystemet** utgjøres av systemer man selv ikke er den del av, men hvor det skjer beslutninger, er aktivitet som indirekte påvirker. Skolemøter, barnehagemøter, beslutninger hjelpesystemer ol.

**Makrosystemet** handler blant annet om politiske, kulturelle verdier og holdninger som preger et samfunn og påvirker samhandlingen i de andre systemene.

**Krono -el tidsystemet** er en personlig tidslinje, en historisk tidslinje og en generasjonslinje (Hansen, 2019).

Figuren viser hvordan barn og unges utvikling skjer i et gjensidig samspill mellom ulike deler av omgivelsene. Påvirkningen er direkte eller indirekte avhengig av avstand og tilknytning mellom systemene. De som er nærmest barnet/den unge har størst påvirkningskraft og man kan anta i at i dette samspillet er påvirkningskraften størst.

Figuren viser hvordan den sosialøkologiske modellen framstiller at barns utvikling skjer i et gjensidig samspill mellom barnet og ulike deler av omgivelsene, definert som ulike systemer. Systemene påvirker barnets situasjon og utvikling direkte eller indirekte og i større eller mindre grad avhengig av avstand og tilknytning.. Et viktig element i den sosialøkologiske teorien handler om at menneskets atferd er styrt av mange faktorer. Dette betyr at det er mange kontekstuelle faktorer som påvirker barn og unge. En viktig faktor i den sosialøkologiske teorien er gjensidighet, som betyr at familiemedlemmene påvirker hverandre i et gjensidig samspill, og at systemene rundt gjør det samme (Bronfenbrenner & Morris, 2007). Dette kartet sier noe om hvor komplekst samspill mellom systemer er og gir en større forståelse av hva som påvirker barnet/ungdommen og hvor man bør sette inn hjelpen avhenger av hvordan man leser samspillet mellom systemene. Kartet gjør at en også kan vurdere risiko og beskyttelsesfaktorer rundt barn og ungdom med et større perspektiv. Man kan vurdere det hos barnet/ungdommen, hos foreldre, på skole/jobb, på fritid og gjør en vurdering av hvor stor nettverksstøtte dette barnet og ungdommen har. Modellen hjelper oss med å forstå både barnets, den unges og familiens kontekst, helhet og sammenheng. Begrepet risikofaktorer innebærer enhver egenskap eller eksponering som leder til økt sannsynlighet for en negativ utvikling. Begrepet beskyttelsesfaktorer innbefatter enhver faktor som kan bidra å fremme positiv utvikling for barn og ungdom (Helsedirektoratet, 2018).

## 4 Metode

I dette kapittelet blir det først gjort rede for valg av metode og hvilke analyseredskaper som ble anvendt på datamaterialet. Jeg har brukt kvalitativ metode for å få svar på problemstillingen. Jeg har intervjuet informantene for å få belyst min problemstilling og forskningsspørsmål. Jeg har så transkribert utsagnene, analysert og fortolket de inn i temaer og undertemaer som presenteres som funn i kapittel 5. Jeg vil i dette kapittelet gjøre rede for den vitenskapelige forankringen, før jeg beskriver forskningsprosessen, validitet, reliabilitet, forforståelse og avslutter med forskningsetiske betraktninger.

### 4.1 Vitenskapelig forankring

Vitenskapsteorien gir ikke noe klart svar om man bør bruke kvalitative eller kvantitative metoder. Dette er valg forskeren selv må ta ut fra hvilken problemstilling man har og hvordan finne svar på den. Kvalitative metoder representerer en felles strategi for kunnskapsutvikling, forankret i det fortolkende paradigmet med røtter fra hermeneutisk filosofi, fenomenologisk filosofi og sosialkonstruksjonisme. Systematiske fortolkninger av empirisk tekstdata, gjerne med støtte av teoretisk perspektiver, er en fellesnevner for de ulike kvalitative forskningsmetodene. Til sammen kan vi kalle dette for en metodologi. En metode er en konkret og spesifikk utforming av de metodologiske prinsippene (Malterud, 2018, s. 171).

Malterud (2018) sier at innenfor medisin og helse er det særlig det positivistiske paradigmet som har hatt, og fortsatt har gjennomgripende betydning. Positivismen representerer en grunnforståelse av at verden består av stabile fenomener som kan observeres, måles og sammenfattes som objektive fakta, slik kvantitative forskningsmetoder forutsetter.

Fra 1960-årene ble dette paradigmet mer utfordret og det subjektive mennesket frembrakt. Forskeren var både tilskuer og deltaker på samme tid og det fortolkende paradigmet vokste frem. Thomas Kuhn beskrev hvordan den vitenskapelige forståelsen utviklet seg og kalte de for vitenskapelige paradigmer, som søkte å vise og forstå grunnleggende antakelser om verden og kunnskaper om verden (Malterud, 2018).

Jeg fant at kvalitativ design var det beste valget for min problemstilling da dette ville belyse min problemstilling best. Denne studien tar utgangspunkt i et fenomenologisk vitenskapsteoretisk ståsted.



### **4.1.1 Ontologi og epistemologi**

Våre blikk styres av grunnleggende antakelser og hva vil vite bør underveis bestemmes av hvilken kunnskap vi vil innhente. (Kvale & Brinkmann, 2015). Ontologi handler om hvordan vi oppfatter verden og virkeligheten. Epistemologi handler om utveksling av kunnskap om verden og virkeligheten. Disse omtales av og til som to og av til som ett. Dette indikerer at de er to sider av samme sak (Malterud, 2018). Ontologi søker å avdekke fundamentale egenskaper med virkeligheten, hva er dets sanne natur. Epistemologi er studiet av kunnskapens natur og om omfanget av vår forståelse. Hvordan kan vi vite det vi vet? Disse to grenene av filosofi er nært knyttet da ens syns på virkelighetens natur (ontologi) kan påvirke ens syn på hvordan vi oppnår kunnskap om denne virkeligheten (epistemologi). Kvale (2015) illustrerte dette med å beskrive to diametralt ulike forskerroller, der det ene er reisende og den andre gullgraver. Gullgraver representerer det positivistiske paradigmet som ser på kunnskap som et verdifullt metall, som kan graves frem uberørt. Den reisende representerer det fortolkende paradigmet som ser på kunnskap som en fortelling utviklet på en reise gjennom samhandling og refleksjon. Som kan gi ny forståelse når den deles ved hjemkomst (Malterud, 2018).

Denne oppgaven handler om å lære om andres erfaringer, se deres verden, fortolke deres verden og virkelighet. Forstå, delta i kunnskapsutveksling og danne ny kunnskap.

Kvalitativ forskningsmetode har sine filosofiske røtter fra fenomenologien og hermeneutikken. Denne oppgaven bygger på et fenomenologisk- hermeneutisk ståsted og under redegjør jeg for disse to vitenskapelige teoriene.

## **4.2 Fenomenologi**

Fenomenologi søker kunnskap gjennom erfaring og er opptatt av at erfaring er mer enn det man kan se og måles. Ordet og betegnelsen stammer fra gresk *Phainomenon* og *logos* og kan oversettes til «det som viser seg» eller «lærer om det som kommer til syne». Utover det å være en filosofisk teori er fenomenologi også videreført og anvendt i forskning og teoriutvikling i andre fagdisipliner (Jenssen et al., 2020, s. 103). Mens positivismen la vekt på forskjellen og skille mellom vitenskapelig og alminnelig aktivitet, kan fenomenologi ses på som et systematisk forsøk på å forene vitenskap, filosofi og liv. Fenomenologi er først og fremst et kunnskapsteoretisk anliggende (Thornquist, 2018).

Fenomenologi omfatter forståelse av menneskers subjektive erfaringer og bevissthet. Fra 1800-tallet ble dette feltet uformet av filosofer som Edmund Husserl, Martin Heidegger, Alfred Schütz, Maurice Merleau-Ponty med flere. De to sistnevnte er kjent for å sette kroppen i sentrum, forankre subjekt og subjektivitet i kroppen. De rettet oppmerksomheten mer mot det empiriske og ikke Husserl sitt tankegods om den «rene» bevissthet (Thornquist, 2018). Edmund Husserl (1859-1938) er kjent som grunnleggeren av fenomenologien, og han var opptatt av å forstå kunnskap, kunnskapens natur og villkår (Thornquist, 2018, s. 102). Fenomenologi er ingen enhetlig og fast retning, men en bevegelse som omfatter forskjellige retninger (Thornquist, 2018)

Ordet livsverden er forbundet med fenomenologi. Dette da man søker å forstå personers individuelle perspektiv, erfaring og egen forståelse og hvordan virkeligheten farges av aktuelle omstendigheter og kontekster. Begreper å se «saken som den er», «fenomener» og «intensjonalitet» var Husserl opptatt av. Dette handler om hvordan vi ser verden, bevissthet om hva som påvirker vårt syn/perspektiv og hver enkelt individs erfaring er viktig sto Husserl for. Husserl rettet et kritisk søkelys på tidligere viktenskapsfilosofiske tradisjoner som forutsatte tydelig skille mellom den som erkjenner og det som skal erkjennes. Et skille mellom subjektivitet og objektivitet. En fenomenologisk forutsetning er å sette tidligere kunnskap i parentes (bracketing), for derved å rette kritisk oppmerksomhet mot den aktuelle subjektive erfaring i lys av individets livsverden (Malterud, 2018, s. 28). Et annet begrep i fenomenologien er intensjonalitet som handler om at all bevissthet er rettet mot eller omfatter en idé, fenomen, følelse, objekt ol. Intensjonaliteten er et rammeverk som hjelper oss å forståelse. Bevisstheten er alltid rettet mot noe. Husserl formulerte at dette som at bevisstheten er intensjonal (Jenssen et al., 2020, s. 112).

(Thornquist, 2018, s. 167) siterer Tranøy sin beskrivelse av begrepet Epochè av Husserl som står til evnen til å ta avstand fra sine egne særinteresser enn det rent erkjennelsesmessige. Det betyr å ikke la det du erkjenner påvirkes av det du har med deg. Vi legger fra oss forut antakelser og det vi tror om det vi studerer. Dette betyr at fenomenologien respekterer og legger vekt på fylldige, erfaringsnære kontekstualiserte beskrivelser. Det gjelder å ikke ha fordommer, ferdige kategorier og teorier, men la de selv komme til uttrykk.

Fenomenologer kan beskrives som opptatte av og interesserte i å illustrere hvordan mennesker opplever fenomener i sin livsverden, mens en hermeneutiker være opptatt av fortolkning og

mening (Kvale & Brinkmann, 2015). I min studie om erfaringer rundt samvalg vil det være relevant å nyttiggjøre seg av refleksjoner og spørsmål rundt fortolkning og forståelse.

### 4.3 Hermeneutikk

Hermeneutikk dreier seg om spørsmål knyttet til forståelse og fortolkning. Begrepets opprinnelige betydning var fortolkningslære eller fortolkningskunst. Man beskjeftiger seg i hermeneutikken med hva forståelse er, drøfter problemer knyttet til hva forståelse er. Videre hvordan man skal gå frem for å oppnå fruktbare og gyldige fortolkninger (Thornquist, 2018, s. 167).

Hermeneutikken kan hjelpe oss med å forstå hvordan vi forstår, og hvordan vi gir verden mening. Heidegger (1889-1976) og Gadamer (1900-2002) regnes for å være de fremste representantene innenfor filosofisk hermeneutikk. De redegjorde for de grunnleggende forutsetninger for forståelse, ved å klargjøre grunntrekk ved menneskets eksistens. Heidegger og Gadamer mente at den tradisjonelle hermeneutikken hang fast mellom subjekt og objekt, det indre og det ytre. De anså det som helt sentralt å overvinne forestillingen om det autonome og fristilte subjektet som ble introdusert av Descartes (1596- 1650) og hans bevissthetsfilosofi. Den filosofiske hermeneutikken representerer hermeneutikkens ontologiske vending. Heidegger og Gadamer mente at vi er i verden som forstående og fortolkende vesener, og dermed understrekte de at vår måte å eksistere på er hermeneutisk (Thornquist, 2018).

Paul Ricæurs (1913-2005) videreførte fenomenologisk tenkning mot hermeneutisk fokus inspirert av Heidegger. Han mente at den fenomenologiske forutsetning for hermeneutikken ligger i at språket alltid henviser til en førspråklig , opprinnelig erfaringsstruktur (Jenssen et al., 2020).

Forforståelse i form av utlegning-en tydeliggjørende tolkning-vil alltid være forbundet med språket. Å utforske den språklige dimensjon med våre væren-i -verden ble dominerende i Heideggers filosofi. Noen synes at Heidegger beveget seg bort fra fenomenologien med sin filosofi og en som videreførte dette var Hans Georg Gadamer (1900-2002). Han presenterte begrepet for-forståelse. Han hevdet at all forståelse er strukturert av en ikke bevisst for-forståelse, av før før-oppfatning eller for-dommer som han kalte det (Jenssen et al., 2020). Han mente at for-forståelse ikke bare begrenser tolkning, men er nødvendig for enhver fortolkning. Det er slik vi lager mening av det vi erfarer.

Et sentralt begrep i hermeneutikken er den hermeneutiske sirkel som forklarer den dynamiske prosessen mellom det å forstå deler ut fra en helhet, hvor helheten igjen vil forstås som en harmoni mellom de ulike delene (Thornquist, 2018, s. 171). Dette er en dynamisk erkjennelse prosess som pendler mellom helhet og deler i et forsøk å forstå begge deler samtidig. Noen er kritisk mot selv begrepet «sirkel» da de gir assosiasjoner at det samme gjentar seg. Som forsker kan jeg i min studie få en dypere forståelse ved at fenomener kan fortolkes på flere nivåer med en forståelse for at det ikke finnes en sannhet.

Jeg søker i min master å finne terapeutenes subjektive opplevelse og erfaringer. Høres beskrivelser av deres erfaringer i konteksten Dine muligheter samtalen. Studien har en fenomenologisk forankring og gjennom intervju får tilgang til deres livsverden. Med meg har jeg en forforståelse og ved ha en fenomenologisk og hermeneutisk filosofi og metode. Dette vil kanskje sammen gi et bredere grunnlag for å innhente, forstå og fortolke terapeuters erfaringer. Videre også ha en bevissthet på at jeg påvirker intervju prosessen. Hver analyse vil inneholde fortolkning i flere ledd. Som forsker vil en alltid påvirke forskningsprosessen og resultatene. Denne påvirkningen fremtreden innenfor de kvalitative forskningsmetoder (Malterud, 2018).

Som forsker innenfor kvalitative metoder er det viktig at en ikke prøver gjøre seg selv usynlig i forskningen. I stedet klargjøre både for seg selv, men også for leserne hvilken rolle og posisjon en har og hvordan en kan ha påvirket forskningsprosessen. Når forskerens forforståelse og rolle er tydeliggjort vil det kunne fremme veksten av ny og oppdatert kunnskap (Malterud, 2018).

#### **4.4 Kvalitativ metode**

Metoden jeg har valgt i denne studien er et kvalitativt, Semistrukturert intervju. Kvalitative metoder kan brukes til å vite mer om menneskeliges egenskaper som erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Vi kan spørre etter mening, betydning og nyanser av hendelser og atferd. Vi kan styrke vår forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør. Vi kan lete etter levende kunnskap i sin naturlige sammenheng ved å inngå i de sammenhengene det gjelder (Malterud, 2018, s. 31). Jeg gjorde en vurdering om jeg kunne få samme innsikt ved å bruke en kvantitativ metode. Som for eksempel å sende ut et spørreskjema til terapeutene. Jeg fant at det ikke ville gi meg en innsikt i deres erfaring, kontekst og

arbeidssituasjon og valgte intervju fra kvalitativ forskningsmetode. Det kvalitative forskningsintervjuet søker å forstå verden sett fra intervjupersonen sin side. Å få frem betydningen av folks erfaringer, opplevelser av verden, forut vitenskapelige forklaringer (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 29).

#### **4.4.1 Forskningsprosessen**

Når tema, problemstillinger og forskningsspørsmål var klare vurderte jeg de forskningsetiske prinsipper og regler. Dette for å se og vurdere om mine spørsmål og intervju vil berøre noen på en uhensiktsmessig måte. Jeg førte logg på prosessen og videre skrev jeg søknad til SIKT. Presentasjon og samtykkeskjema ble lastet opp på nettsiden. Min søknad ble raskt godkjent da den var korrekt utfylt og fikk automatisert behandling. Den skulle ta utgangspunkt i erfaringer gitt av personer med taushetsplikt, opplysninger om tredjeperson som kunne gjenkjennes skulle ikke fremkomme. Forskingen kunne ikke føre til skade eller fare for noen.

#### **4.4.2 Utvalg av informanter**

Utvalg er kildematerialet til de empiriske data som kommer frem i en kvalitativ forskningsundersøkelse (Malterud, 2018). All forskning krever utvalgsstrategier som fører til at materialet inneholder data om fenomenet vi vil utforske, samt grunnlag for overveielse om kunnskapens gyldighet og rekkevidde. Et strategisk utvalg er sammensatt slik at materialet mest mulig belyser problemstillingen (Malterud, 2018).

Jeg sendte epost til Seksjonsleder BUP for å få tillatelse til å forske og intervjuere terapeuter. Jeg fikk samtykke. Det var bare en type informanter jeg kunne intervjuere. De som hadde som oppgave å gjennomføre Dine muligheter samtaler. De som er de første som møter barn, unge og familier når de møter opp på poliklinikken.

Jeg sendte jeg eposter til 10 terapeuter som gjennomfører Dine muligheter samtaler. Det var på denne tiden inntaksstopp slik at færre Dine muligheter samtaler ble gjennomført. Jeg intervjuet 6 terapeuter, den første brukte jeg som testintervju for å kalibrere mine spørsmål. 2 terapeuter svarte ikke henvendelser fra meg, mens 2 ble syke før intervjuet. Det ble gjennomført intervju med 5 informanter i november og desember 2023. Jeg har jobbet sammen med en av informantene for 6 år siden og de 4 andre informantene har jeg ikke jobbet sammen med i samtaler. Informantene har jobbet fra 2-14 år på BUP.

### 4.4.3 Semistrukturert intervju

Semistrukturert intervju er en planlagt og fleksibel samtale som har som formål å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden. Dette med henblikk på fortolkning med mening av de fenomener som blir beskrevet (Kvale & Brinkmann, 2015). Denne type intervju er en samtale med to mennesker hvor intervjuer kan spørre oppfølgingsspørsmål når informantene har svart. Man kan få informanten til å utdype, komme med eksempler, gå tilbake til tidligere spørsmål, knyttet svar sammen med mere.

### 4.4.4 Utarbeidelse av intervjuguide

Formålet med undersøkelse er å få kunnskap om erfaringer med å tilrettelegge for samvalg i den første samtalen i BUP. Hvordan tilrettelegger terapeuter for samvalg i samtalen Dine muligheter?

For å kunne besvare problemstillingen ønsker jeg å vite mer om:

- Hvilken informasjon gis før samtalen, under samtalen og har samvalget betydning for det som skjer videre?
- Hvilke erfaringer har terapeuter med bruk av aktiveringsmateriale?
- Hva er erfaringene til terapeutene om gode samvalg og samvalg som blir utfordrende?

Det ble laget en Semistrukturert intervjuguide, det vil si forslag til spørsmål man ønsket å intervjuer og fokusere nærmere inn på, samtidig var det åpent for at andre temaer kunne komme opp. Intervjuguiden ble delt i fem hoveddeler

**A** Oppmuntrer terapeuten til å si noen om informasjon til barn og unge før Dine muligheter samtale

**B** Oppmuntrer terapeuten til å si hvilken info som gis under samtalen og på hvilken måte.

**C** Oppmuntrer terapeuten til å si om hvordan han/hun praktisk tilrettelegger for å få barn/ungdom til å forstå og delta i samvalg. Brukes det noen hjelpemidler til formidlingen?

**D** Oppmuntrer terapeuten til å si noe om de erfarer om barnet/ungdommens samvalg har betydning for videre løp

**E** Utforsker generelt opplevelsene rundt det å tilrettelegge/bruke samvalg. Eksempler på gode erfaringer med bruk av samvalg, hindringer og utfordringer knyttet til det.

Med disse fem delene fra A- E laget jeg åpne og korte spørsmål til informantene. Jeg lagde korte, åpne spørsmål hvor de kunne komme med eksempler. Eksempler på samvalg de lyktes med og samvalg som ble utfordrende.

#### **4.4.5 Gjennomføring av intervju**

Før intervjuet tenkte jeg over hva og hvordan jeg ville følge spørsmål. Jeg tok utgangspunkt i forslag fra boka «Det kvalitative forskningsintervju» (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg ønsket å ha introduksjons spørsmål som startet intervjusituasjonen. Ha gode oppfølgingsspørsmål som fikk informanten til å utdype og jeg ville ha inngående spørsmål og be de si mer om dette når det formålet var å få flere eksempler..

Intervjuene ble gjennomført på mitt kontor med opptak på Nettskjema.no via min mobil. Jeg startet intervjuene med å innledningsvis gå gjennom samtykket de hadde underskrevet. Jeg ga informasjon om rett til innsyn og det å trekke seg. De ble takket for at de tok seg tid til å delta. Jeg vektla at målet med studien var å få ærlige og mest mulig riktige beskrivelser av deres subjektive opplevelser omkring opplæringen og bruk av samvalg i Dine muligheter samtalen. Jeg oppfordret til åpenhet, og at målet med intervjuet var å legge til rette for en engasjerende samtale hvor det kunne deles både gode og dårlige erfaringer med rom for ulike synspunkter. I intervjuet valgte jeg å la informantene snakke mest mulig fritt, men jeg stilte innimellom oppfølgingsspørsmål og sikret at vi kom gjennom alle temaene i intervjuguiden. Jeg hadde spesifiserende spørsmål som går mer inn i opplevelsen av det de har fortalt om. Jeg hadde direkte, indirekte og strukturerte spørsmål for å holde oss til intervju mal og få belyst spørsmålene best mulig. Jeg oppfordret også til utdypinger når informantene kom inn på temaer jeg ønsket å vite mer om. Alle informantene var aktive og svarte utfyllende, Varigheten var fra 45 minutter til en time og 10 minutter.

Lydfilen kan ikke tas ut på mobil etter intervjuet, men overføres direkte og blir transkribert i Nettskjema.no. Derfra kan den overføres til sikkert området på uit.no sine sider som er to faktorer sikret. Intervjuene ble gjennomført i løpet av en periode på 5 uker.

#### **4.4.6 Transkribering**

Å transkribere betyr å transformere, skifte fra en form til en annen. Transkripsjoner er oversettelser fra talespråk til skriftspråk (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205).

Nettskjema appen transkriberer for deg og man kan overføre intervjuene til OneDrive på uit.no. Da nettskjema appen ikke klarer så godt forholde seg til nordnorsk dialekt og

faguttrykk ble alle notatene transkribert på nytt etter å ha lyttet til opptakene. Notatene ble merket med informant 1, 2, 3 og jeg beholdt navnene innelåst slik at jeg vet hvem sitt intervju det er hvis en eller flere skulle velge å trekke samtykket sitt.

#### **4.4.7 Analyse prosessen**

Oppgaven er bygd rundt en fenomenologisk tilnærming hvor terapeutenes erfaring står i fokus. Man ønsker derfor beskrive mer enn å forklare. Valget falt på et deskriptivt design og systematisk tekstkondensering som metode (Malterud, 2018). Jeg var også inspirert av Virginia Braun og Victoria Clarke sin tematisk analyse (Braun et al., 2022).

Analysen innebar flere faser:

1. Danne seg et helhetsinntrykk: Lese gjennom det transkriberte materialet, få et helhetsbilde uten å systematisere eller kode materiale. Fugleperspektivet teller, og lekmanperspektivet er det som teller mest.
2. Identifisere meningsbærende enheter: Dette betyr å dele den transkriberte teksten i naturlige deler som skal studeres videre. Dette betyr å skille relevant tekst fra irrelevant. Samtidig som en merker de meningsbærende enhetene, begynner en å systematisere og kode dem.
3. kondensering: en oppsummering og gjenfortelling av hva de meningsbærende enhetene forteller. Det betyr å se etter temaer som går igjen.
4. Syntese: Gå gjennom hele datamaterialet og sette bitene sammen. Definere og navngi temaer og sette de inn i over og undertemaer.

Jeg leste gjennom hele materiale for å få et overblikk. Jeg leste så hvert intervju mange ganger og skrev en kort oppsummering fra hvert intervju. Deretter startet jeg med å kode stikkordene og utsagnene i en tabell. Jeg kalt det empiri, kode, kategori og tema. På feltet for empiri satte jeg inn informantenes utsagn, for så å lage kode, sette det inn i kategori og finne tema. Jeg gjorde dette for hånd i en skrivebok. Jeg hadde nå et overblikk, mange temaer og utsagn. Malterud (2018) kaller dette meningsbærende enheter.

Jeg oppdaget at flere temaer gikk igjen og jeg sorterte de så inn i over og undertemaer. Jeg startet koding hvor jeg skilte ut tekst som bar kunnskap om det jeg søkte, og la det andre foreløpig til side.



Jeg lot materialet ligge noen dager og gikk over i en fortolkende fase. Nå fikk jeg avstand og et overblikk og vurderte så om undertemaene passet inn i hovedtemaene. Det var fortsatt en stor data mengde. (Malterud 2018) kaller dette å redusere empiriske data til et dekontekstualisert utvalg av meningsbærende enheter. Jeg vurdere helhet, så på temaer og lagde færre temaer som jeg satt inn i fargebobler i en deduktiv fase. På to av hoved temaene mine fant jeg flere undertemaer enn på enn de andre tre hovedtemaene. Jeg valgte å lage fargede bobler for hvert hovedtema for å holde oversikt og få system. Hovedtemaene mine og undertemaene ble sett i sammenheng med forskningsspørsmålene og mine initiale temaer. Jeg så nærmere på om temaene kunne bidra til å svare med bredde på forskningsspørsmålene mine, kategorier og temaer stammet eller sto til teorigrunnet. Jeg så mot på slutten av analysen at dataen tok inn flere veier i forhold til teorier og startet en ny runde med teori lesing. Braun og Clarke (2006) viser til at tematisk analyse er en aktiv produksjon av kunnskap da forskeren oppdager mønstre gjennom egne øyne (Braun & Clarke, 2006). Dette fører noen ganger til at noen endrer problemsstilling, men for meg innebar det at jeg ønsker mer teorigrunnlag for å forstå og belyse mine funn.

## **4.5 Datamaterialets kvalitet**

### **4.5.1 Forforståelse**

De erfaringene, hypotesene, det faglige perspektivet og den teoretiske referanserammen jeg tok med meg inn i studien, utgjorde min forforståelse. Jeg har forsket på eget arbeidsted og har hatt opplæring i CAPA av grunnleggerne. Det gjør at jeg har en forforståelse. Jeg har også jobbet på BUP og er ansatt der. Jeg har møtt de familier de beskriver, kjenner igjen mønstre og har opplevd lignende situasjoner. Jeg har møtt barn og ungdom etter Dine muligheter samtaler. Dette påvirker mitt intervju og sannsynligvis de svarene jeg fikk fra informantene. De visste at jeg har noe kunnskap om det jeg intervjuet om. «Vi kommer til sakene, tekstene, handlingene, omgivelsene, situasjonene med en tankemessig og erfaringsmessig «bagasje» som er med og fortolker det vi forstår -og fortolker» (Thornquist, 2018, s. 171). Forforståelse er hentet fra hermeneutisk filosofi og er den kunnskapen og erfaringen en person bringer inn fortolkningen ifølge Gadamer. Malterud (2018) viser til at forskeren skal i prosess og produkt vise vilje og evne til å stille spørsmål om egne fremgangsmåter og konklusjoner i form av tvil og ettertanke. Hun kaller det refleksivitet og det er en posisjon en forsker skal oppsøke og vedlikeholde. Forskeren skal ikke ta tingene for gitt eller vente på overraskelser, men utfordre

feltkunnskapen og fordommer man har med seg fra tidligere. Nærhet til stoffet kan skape vansker med refleksivitet. Noen kaller dette Bias (Malterud, 2018). Bias handler om forutinntatte holdninger, fordommer som kan føre til forvrengning av tolkning og analyse av materialet.

Det å forske på eget arbeidsted er det knyttet fordeler og ulemper til. Jeg har ikke jobbet til daglig på poliklinikken da jeg har fysisk jobbet på et annet sted med andre oppgaver i 5 år. Jeg vil likevel være påvirket av min forforståelse av hva samvalg er, hvordan dette kan se ut og utspille seg i en slik kontekst og betydningen av det. Jeg er ansatt, møter de som holder Dine muligheter samtaler som kollegaer på felles arrangementer og kjente de jeg intervjuet litt. På den andre siden opplever jeg at min kunnskap til BUP, til fagspråket, de begreper, juss og kontekst har gjort at jeg kunne spørre konkret, følge opp med tilleggsspørsmål og få utdypet svaret. Det er likevel en fallgrube at har med meg noen antakelser om samtalen da jeg har fått ungdommer og familier henvist til meg etter denne samtalen. Det kan hende at noe i intervjuet blir usett og ikke satt ord på fordi jeg er en kollega som intervjuer på mitt eget fagfelt. Det blir vanskelig med fugleperspektivet når jeg er en del av arbeidstedet. På sikt.no står det med store bokstaver at man må være bevisst på personvern, skille mellom rollen som ansatt og forsker og være tydelig på når jeg er forsker eller ansatt. I følge Malterud (2018) så omfatter «Helsinkideklarasjonen pasienter og gir ikke samme beskyttelse for helsepersonell som utforskes. I slike situasjoner skal vi bruke vårt skjønn til å utøve en ansvarlig forskningsetikk i forhold til de som betror oss sin kunnskap eller sin hverdag» (Malterud, 2018, s. 216). Jeg var bevisst at jeg skulle forsøke å være så nøytral som jeg kunne når jeg møtte og intervjuet informantene.

#### **4.5.2 Validitet, reliabilitet og overførbarhet.**

Validitet er å stille aktive spørsmål om kunnskapens gyldighet- er den gyldig og under hvilke betingelser (Malterud, 2018, s. 192). Spørsmålet er relevant gjennom hele forskningsprosessen. Dette innebærer at jeg må stille spørsmål og være refleksiv om hele forskningsprosessen. Valgte jeg rette informanter som kunne si noe om det jeg ville undersøke? Var Semistrukturert intervju det som ga mest dybde versus for eksempel et fokusgruppeintervju. De jeg intervjuet jobbet i ulike enheter og hadde ulike krav og systematisk oppfølging av samtalen. Jeg fant at semistrukturert intervju det som best belyste og gikk i dybde på dere erfaringer. Informantene fikk innføring av hva de ville innebære å delta, at de kunne trekke tilbake samtykket, at de kunne be om innsyn og at dere uttalelser

kunne bli referert til. Dette er deltakersjekk og kommunikativ validitet. Kommunikativ validitet er testing av gyldigheten i påstandene i en samtale (Kvale & Brinkmann, 2015). Det innebærer at jeg sjekket ut med informantene «er det slik å forstå at du mener, tenker at ...». Videre er det validering av det transkriberte materialet som i dag skriver seg selv via appen. Validering av analysen er refleksjon om hvilke former som var best egnet, transparens i prosessen og om det er en valid beskrivelse av funnene.

Reliabilitet har med å forskningsresultatenes konsistens og troverdighet å gjøre (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Spørsmålet blir ofte stilt om hvorvidt en annen forsker kan gjøre samme undersøkelse og komme til samme funn og konklusjon. Reliabilitet gjelder gjennom hele forskningsprosessen. Hvorvidt intervjuer stilte ledende spørsmål, relasjonen til informanten, hvordan foregikk transkriberingen og hvordan ble analysen utført. Hvor nøyaktig ble sistnevnte utført.

Overførbarhet handler om funnene i studien har overførbarhet utover denne sammenhengen (Malterud, 2018). Hvis resultatene regnes som pålitelige og gyldige gjenstår spørsmålet om resultatet primært er av lokal interesse eller de kan overføres til andre intervjupersoner, kontekster og situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2015). En innvending mot forskningsbaserte intervju er at det er for få intervju personer til at resultatene kan generalisere. Mitt arbeid var det en beskrivelse av de erfaringene terapeuter hadde fra Dine muligheter samtaler i den konteksten de var i akkurat der og da. Selv om det er få informanter og vanskelig å generalisere har det en nytteverdi for de som jobber med samtalen Dine muligheter. Videre de som vurderer ta den i bruk, samt at den kan være et bidrag inn i brukermedvirkningsdebatten.

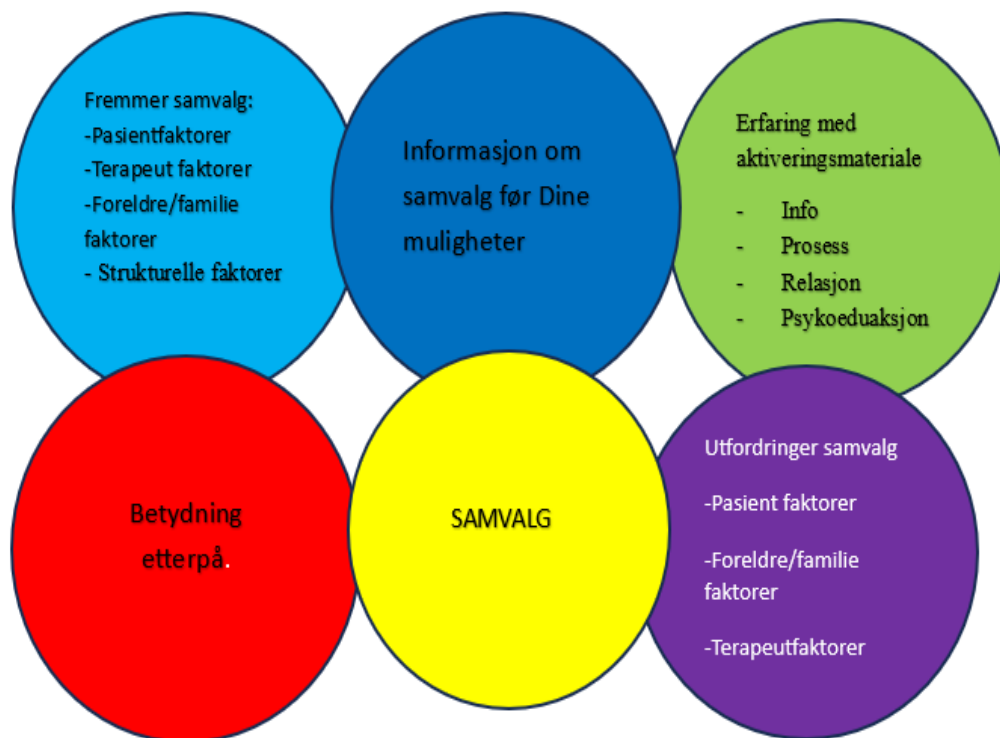
### **4.5.3 Ethiske betraktninger**

Siden jeg gjør en forskning hos egen arbeidsgiver, og at de jeg intervjuer kjenner hverandre er det lagt vekt på å anonymisere. I analyse og drøftings delen av denne oppgaven velger jeg å ikke kalle informantene 1,2, 3 og så videre. Jeg tar for meg temaer og gjengir informantenes utsagn der det er nødvendig, uten at det nødvendigvis endrer innhold. Dette er blitt gjort for at informantene ikke skal kunne bli identifiserbare for hverandre og bli indentifisert av andre utenfor.

## 5 Presentasjon av funn

Etter at jeg kodet det transkriberte materialet, ble det kategorisert i hoved og undertemaer. Hovedkategoriene av tema med undertemaer kom frem gjennom anvendelse av tematisk analyse. Presentert med fargede bobler som representerer forbindelsen med samvalget. Resultatene er ikke gjensidig utelukkende, de utgjør en helhet og har relevans for hverandre.

Figur 1. Hovedkategorier fra analysen. Figur 1-5



## 5.1 Informasjon om samvalg før oppmøte på samtalen dine muligheter.

Brosjyre i brev med innkalling.

Figur 1

Alle informantene sa at de ikke visste så mye om informasjon som blir gitt før samtalen dine muligheter. De visste at det ble sendt ut et brev med time, koder til intervju på nett og de trodde det lå en brosjyre om dine muligheter i brevet. De erfarte alle at få leste dette før oppmøte på BUP. En informant sa at selve spørsmålet var en god bevisstgjøring på at et forbedringsområde som burde tas tak i.

## 5.2 Erfaring med bruk av aktiveringsmateriale

Aktiveringsmateriale:

Ferdiglaget materiale som brosjyrer, laminerte ark om samvalg. Feedbackinformerte tjenester (FIT), film på ipad, bykart med hjelpeinstanser, bruk av tegninger.

Eksempler

- Livets vei med kryss, hull og stige som man kan klatre opp på.
- Person med tung sekk som illustrerer problemer og ballonger som løfter den, forstått som ressurser.
- BUP som sykehus for tanker og følelser
- ADHD hjerne med tanker og bobler
- Toleransevinduet.
- Stressbøtta. Illustrasjon av hva som er i den, og hva som gjør at den renner over. At pasienten opplever for mye belastning

Figur 2

Alle informantene beskrev at de brukte forskjellige typer materiale i løpet av samtalen figur 2). Det varierte ut fra alder på barnet, problemforståelse, hvilken hensikt og behov materialet skulle dekke. Livets vei er metafor på den vei man går på, de valg man kan få tegnet inn som veikryss. En kan havne i grøfta, man kan svinge som viser til valg. Når man går på veien med tung sekk (erfaringer både gode og vonde) så blir det tung bær. På sekken kan det tegnes en heliums ballong som er personens ressurser, det som kan hjelpe til med å løfte opp den tunge sekken. Faller du i et hull, kan BUP være stigen du må klatre opp og hvert trinn målene du må ha for å nå ditt. Eksempelene på tegninger de lager er måter å få og gi informasjon, gi psykoedukasjon og lage mål.

To informanter sa at de aldri tegnet selv på ark eller flippover. De brukte annet materiale som laminert ark om samvalg eller presentere filmer som belyste de temaene de ønsket ha fokus på. Tre av informanter hadde erfaringer med å tegne på flippover og ark i timen uten å ha planlagt dette på forhånd. En informant sa at det å bruke seg selv som rollemodell for samvalg var en type aktivering. Informanten var bevisst sin rolle og modellerte valg og myndiggjøring for barnet ungdommen fra de ble hentet på venterom til de ankom kontoret. Dette ved, at de fikk gå inn først, trykke på heiseknapp og gå først. Dette ble gjort for å vise at barnet/ungdommens mening og bestemmelsesrett er viktig i samspillet deres. En informant kom med eksempel der det ble brukt for vanskelig forklaring til et yngre barn. Det kan være vanskelig å holde oppmerksomheten til et barn når man tegner. Terapeuten kan bli stående med ryggen til barnet, eller forklarer for eksempel hjernen og toleransevinduet med ord som er vanskelig å forstå.

**Relasjon og prosess:** Materiale skulle hjelpe prosessen med å få tillit hos barnet/ungdommen, bygge relasjon, være normaliserende og formidle «du vet best». Terapeutene ville formidle håp, at de fikk fortalt om seg og sitt liv. Videre at barn/ungdom ble engasjert, at de fikk sagt sin mening, deltatt aktivt og fikk en plan/oversikt over hva som skulle skje videre.

**Informasjon /psykoedukasjon:** Terapeuten brukte også materialet i den hensikt å gi info tilpasset alder, styrke ressurser og normalisere. «De har noen superkrefter de kan tilby de også», sa en informant. Dette viser til at styrkefokus var viktig å få frem ved bruk av aktiveringsmateriell, Ved yngre barn vist som disse ballongene på den tunge sekken. (se figur)

Følgende sitater belyser dette;

«Jeg lar ungdommens mening være styrende, og jeg kartlegger også hvordan de har det når de ikke har det så vanskelig», sa en annen informant. Som viser til en måte å snakke om det som går bra også og på denne måten også få belyst det vanskelige.

«Jeg vil tidlig inn med styrkefokus i samtalen», sa samme informanten.

Ved bruk av aktiveringsmateriell erfarte terapeutene at de bidro til å skape en felles forståelse- At de fikk vurderte funksjonfall, ressurser og behov på en bedre måte. Bruk av aktiveringsmateriale var erfaringsmessig en måte å gi psykoedukasjon på og var et bidrag i prosessene med å fremme samvalg.

Sitatet; «Hjelpe dem å senke skuldrene litt med hensyn til bekymringen sin». Viste til at man ved bruk av aktiveringsmateriale fikk frem bekymringer. Dette kunne man møte ved å gi psykoedukasjon og belyse det normale ved følelsene. Videre kunne de vise dem at de hadde flere styrker og at livet er slikt at man går gjennom perioder med vanskelige følelser og det er okay.

### 5.3 Hva fremmer samvalg

- Faktorer/kjennetegn med barn/ungdom: åpen, forståelse, trygghet, åpne, motivert, type vansker, enighet.
- Faktorer/kjennetegn ved terapeuten: relasjonsfremmende, formidling, tydelighet, fleksibel, har god dag, mester oppgavene. Styrke perspektiv.
- Faktorer/kjennetegn ved foreldre/familien: mengde belastninger, konfliktnivå og enighet, fremstilling.
- Strukturelle faktorer: Rom kapasitet, samtale med barn/ungdom alene, to terapeuter.

Figur 3

#### **Faktorer/kjennetegn ved barn og ungdom:**

Informantene fortalte om barna og ungdommen de møtte. Det at barn/ungdom tidlig i samtalen ble trygge og åpne for å snakke om det vanskelige økte medvirkning og samvalg. Hvis dette var «tydelige vansker» syntes informantene at det gjorde deres vurdering i samvalget enklere. «Det er jo de som i stor grad sitter i forsetet i denne samvalgsprosessen» Motivasjon hos barnet og ungdommen gjorde samvalg enklere. To av informantene vektla egen motivasjonen hos ungdom. Det at barnet/ungdommen raskt forsto det terapeuten sa fremmet samvalg. Det at barnet/ungdommen hadde mindre kompliserte vansker fremmet også samvalg. Videre at barnet/ungdommen var mottakelig for terapeutens vurdering.

#### **Faktorer/kjennetegn ved foreldre/familien:**

Ressurssterke familier med få belastninger fremmet samvalg. De ble opplevd mer samstemte. det vil si at de ikke hadde konflikter mellom seg som kom frem under «Dine muligheter samtalen». De hadde en balansert fremstilling når de kom på timen og foreldrene samarbeidet rundt barnet.

### **Faktorer/kjennetegn ved terapeuten:**

En informant sa at «målet er å finne ut hva de har mest tro på av hjelp». Informantene erfarte at det å få rask kontakt og relasjon fremmet samvalg. Videre at når det kom frem informasjon som gjorde at de kunne bruke styrke/ressursfokus i samtalen fremmet det prosessen frem til samvalget. Når de fikk god relasjon fikk de også gått i dybden på det som var vanskelig, aktiveringsmaterialet ble forstått og terapeuten fikk være tydelig i sin vurdering før samvalget.

«Det var som en god dans» sa en informant om et vellykket samvalg. En annen informant sa «FIT er fin måte å fremme barnet på stemme i samtalen». Dette viser til at barna/ungdommer fyller ut trivsel på fire området og evaluerer hvor de opplevde timen på slutten. Dette gjør det ved å sette en strek på en linje fra 0-10 cm. Det er et surt fjes ved null, og et glad fjes ved 10. De setter strek for hvor de er på linja. Så samtaler en om hva som gjør at en har satt streken der. Foreldre kan også gjøre dette og dermed får man informasjon som man kan snakke om sammen i rommet. For eksempel om hva som gjør at de opplever hvordan barnet har det så likt/ulikt.

En informant fremhevet fleksibilitet var viktig. Det ble satt opp en time til kalt «Dine muligheter pluss». Dette for å jobbe med å øke motivasjonen for å ta imot hjelp hos ungdommen. Dette kunne være å avtale møter/telefon til annen hjelpeinstans. Det for å skape trygghet, få informasjon og terapeuten kunne følge ungdommen opp tre måneder senere. Informanten sa; «Det ene valget utelukker ikke det andre». «Et behandlingsforløp kan holdes av en kort tid». «Møte de på halvveien, ja» «Tilpasning og tilpasning er skreddersøm i samtalen». Disse eksemplene viser fleksibilitet. De viser også at informanten vurderer viktigheten av å kople på andre tjenester, at de andre systemene også påvirker ungdommen og familien. Informanten sa; «Lage et sikkerhets nett mens de tenker på hva de ønsker videre».

### **Strukturelle faktorer:**

«At man får booket rett rom». Dette viser til at terapeuten ønsker fremme lek, bevegelse, dele de opp og snakke med barn uten foreldre og motsatt. Det innebærer bruk av lekerom, venteområde. En terapeut fremmet det med å være to terapeuter, ønsket at man alltid var det.



## 5.4 utfordringer med samvalg

- Strukturelle faktorer: kapasitet, fysiske rammer som rom, arbeidsbelastning.
- Faktorer/kjennetegn med barn/ungdom: motivasjon, symptomer, tilbud for type vansker, selv diagnostisert, forståelse av info og språk, gjenkjennelse og alder.
- Faktorer/kjennetegn ved terapeuten: egenkapasitet, treffe med språk, vurdering og holdning, klarer ikke sette grenser.
- Faktorer/kjennetegn ved foreldre/familien: belastninger, konfliktnivå, problemforståelse, samstemthet.

Figur 4

### Strukturelle faktorer:

«Det er grusomt å være terapeut som skal avholde samtalen når de vet at det ikke er kapasitet». Alle informantene nevnte de strukturelle faktorene først. Det å avholde Dine muligheter samtale som skal lede til samvalg når man vet at det ikke er kapasitet i tjenesten. «Dine muligheter blir en løgn, man setter de opp på en venteliste» Tid og alle oppgavene ble nevnt som utfordring. Det var satt av halvannen time og det var utfordrende. Alle informantene sa at de ikke fikk gjennomført alle oppgavene. De rakk ofte ikke å gjennomføre intervjuer med kartleggings skjemaer.

Kontorer og rom var ikke tilrettelagt for aktivitet, dele opp samtalen og plass til antall personer. Det vanskeligste var hvor barn skulle sitte og samtidig være nær sine foreldre. To av informantene nevnte at det var et for stort ansvar for en terapeut å avholde samtalene alene.

### Faktorer/kjennetegn ved barnet/ungdommen:

Alder under 12 år ble av alle informanter nevnt som mer utfordrende. To informanter erfarte at ungdommer med rus, kriminalitet, atferdsvansker og kompliserte vansker utfordret samvalg. Dette også på grunn av manglende behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten for rus og kriminalitet. Dette samt lav motivasjon.

«Når ditt kliniske skjønn, faglige skjønn står langt fra pasientens og foreldres ønsker og behov er det vanskelig» Manglende motivasjon hos ungdom, høy hos foreldre utfordret samvalg. Høyt symptomtrykk og manglende motivasjon hos ungdom utfordret også samvalg. To av informantene kunne da tilby foreldrene hjelp, kople på andre instanser, mens de andre vurderte manglende motivasjon som et kriterium for å ikke tilby hjelp fra BUP.

«Jeg kjente at tilbudet ikke lå på bordet». «De ville velge fra øverste hylle» Det ble av flere informanter beskrevet at ungdommer hadde testet seg på tester online og kom bekymret til BUP for å få utredning og behandling. Terapeuter vurderte at det ikke forelå indikasjoner på for eksempel ADHD symptomer hos ungdommen.

Samvalg med barn under 12 år ble erfart vanskelige av alle informantene. «Det er vanskelig å oversette vårt språk til deres språk, få de til å forstå hva vi forstår. Foreldene har den klareste stemmen i rommet»

### **Faktorer/kjennetegn ved foreldre/familie:**

Foreldre som var uenige om det var psykiske helsevansker erfarte terapeuter som utfordrende. «Når du ikke klarer lande en felles forståelse, klarer du ikke lande noe valg»

Deres uenighet kom frem i rommet, skapte konflikter, de hadde ulike forståelse og en noen ganger parkonflikt mellom seg. Videre erfarte informantene at noen foreldre snakket negativt om barnet/ungdommen foran dem og at dette hindret et senere samvalg. «Det er noe med stemninga i rommet, ja». Høyt stress på familien i form av andre belastninger hindret også samvalg. Terapeut kunne da vurdere at annet tilbud burde prøves først.

### **Faktorer/kjennetegn ved terapeuten:**

«Du må ha en god dag» var et utsagn til to informanter. Dette viste til at dagsformen til terapeuten også spilte inn på om man ville klare gjennomføre alle oppgavene og fremme samvalget. En informant sa; «Det er veldig lett å henge seg opp i elementer og bruke mye tid på det, så plutselig har du bare ett minutt til samvalg». Dette utsagnet beskriver det som kan være at man dveler for lenge på et tema, bruker tid på relasjonsbygging, tegne og forklare, lang tid å kartlegge med skjemaer som for eksempel traume. Terapeuten må være strukturert for å rekke alle arbeidsoppgavene.

To av informantene sa at de ikke var så opptatt av samvalg. En var ikke så kjent med begrepet, hørte og brukte det sjeldent. En informant sa at hen opplevde og tenkte det var en vurderingssamtale der terapeutens vurdering var viktig. «Det handler om å være ærlig» «Tydelighet er viktig». Dette gjør at terapeuten sin vurdering ikke alltid stemmer med foreldre og barn/ungdom. En annen sa «Min vurdering er bare en av mange del oppgaver i en Dine mulighetssamtaler» og hadde en annen tilnærming til dette med samvalget.

Det som også hindret samvalg var når terapeutene ikke fikk stoppet konflikter og negative utsagn mellom familiemedlemmene i rommet. Videre at de ikke klarte fremme felles forståelse. Aktiveringsmateriellet treffer ikke alltid sa to informanter og noen ganger treffer man ikke med språket og forklaringen under psykoeduaksjonen.

«Mange trenger mengdetrening på det å fremme samvalg» som viste til at en av informantene hadde erfaring og hadde gjort samtalene mange ganger.

## 5.5 Har samvalget betydning for det som skjer videre.

- Blir hørt
- Noen typer behandling gir valg
- Mål
- Muligheter vs samvalg
- Samvalg utfordres av forskning, fag, skjønn og etikk
- Motivasjon
- Følges ikke opp.
- Lav kapasitet utfordrer

Figur 5

De fleste erfarer at samvalget har noe å si for hva som skjer videre. «Dine muligheter gir barna en stemme for hva som skjer videre». I noen type behandlingsmetoder som for eksempel angst og traume kan man velge flere metoder og der kunne det gis info og valg.

Hvis det er utredning vet de at det alltid blir fulgt opp og at utredningen blir avholdt. To informanter erfarte at det ikke alltid ble samvalg, men at barn og unges stemme ble hørt, at de fikk medvirke.

«Jeg tror at først når de kommer i behandlings skjønner de hva de har valgt. Den har de samtykket til. Det er ikke brukermedvirkning hvis jeg ikke følger pasientens mening. Det handler også og fag, forskning, skjønn og etikk som jeg som behandler må forholde meg til» Samvalg eller medvirkning erfares å handle om tilbudet skal være på BUP eller ikke, om de kan ta kontakte med annen instans og sette de i kontakt med dem. Alle informantene sa at det ikke gis samvalg eller medvirkning på barn og ungdom sine preferanser som behandler, kjønn og dag i uka.

«For min del er det alltid en dialog om hva vi skal gjøre, hvordan vi skal gjøre det, og hva som blir rett og viktig for den personen» Dette indikerer at de blir hørt, får informasjon og

terapeuten vurdering av det rette kan være at det er for eksempel en helsesykepleier istedenfor BUP.

Alle informantene sa at de ikke sjekket om målene og notatet de skrev ble fulgt opp, men at de antok det. «Der blir det jo litt som en svart hull, så jeg vet ikke hva som skjer»

«Jeg vil jo tro og håpe at det spiller en rolle hva som står i den notatet og hva vi har blitt enige om».

To informanter sa at dine muligheter samtalen kunne føre til at ungdommen forsto mer hva de hadde valg, at det økte motivasjonen, oppmøte frekvens og forståelsen av egeninnsatsen terapi krevde. En informant sa at slik det følte nå kunne ikke behandlingsmetode eller preferanser møtes «Det jeg måtte si var at det per nå ikke var noen muligheter» De fleste erfarte også at de ikke kunne gi familien en ny time på slutten av dine muligheter slik intensjonen var.

## 6 Diskusjon

Denne studien belyser hvilke erfaringer terapeuter ved BUP hadde med å tilrettelegge for samvalg før etter og under i samtalen Dine muligheter. Videre om de erfarte at samvalget hadde betydning. Jeg har ikke funnet noen tidligere studier gjort på barne og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Diskusjonen er strukturert etter temaer og undertemaer som er slått sammen slik de kommer frem i en samtale og gjennom tematisk analyse.

### 6.1 Informasjon i forkant av Dine muligheter:

Informantene i denne studien sa at informasjon som ble sendt ut i forkant av samtalen om Dine muligheter visste de lite om. Når de booket barnet/ungdommen inn til terapeut etter Dine muligheter samtalen antok de at barnet/ungdommens valg og mål ble fulgt opp. De sjekket ikke. Deres oppgaver var avgrenset til CAPA modellen sitt innhold for samtalen, norske forvaltningskrav og lovverk. Terapeuter som er opplært i samtalen Dine muligheter gjennomfører denne samtalen. De kan tilby to til tre «Dine muligheter pluss» samtaler som en avgrenset oppgave de har som Dine muligheter terapeuter. Dette er gjennomført som en del av et helhetlig tjenestetilbud. Med helhetlig tjenestetilbud menes det for eksempel oppstart, utredning, behandling og avslutning. En hovedansvarlig terapeut skal overse prosessen og være kontaktperson for familien, ha oversikt og følge opp målsettinger, planer, evaluering med familiene. Andre terapeuter med spesialistkompetanse kan være involvert og CAPA modellen bruker en «buss» metafor for dette. Det vil si at familien» går inn på bussen» og har en sjåfør (hoved terapeuten). En ansvarlig fagperson under hele oppholdet. De andre som skal bistå med fagkompetanse går inn på «bussen de også etter forespørsel fra sjåfør, behov og valg fra familiene.

Samtalen Dine muligheter er utgangspunktet for om det blir oppstart hos behandler på BUP eller ikke. Det er likhetstrekk ved formatet på denne type samtaler og en oppgaveorientert tilnærming i sosialt arbeid. Det er en forberedelse, kortsiktighet og det skal være partnerskap, lages mål og en plan som evalueres og avsluttes (Hutchinson & Oltedal, 2003). På forberedelse plan og evaluering slutter likhetene. Terapeutene har mange oppgaver, men i et avgrenset format. Det at de ikke har detaljert kunnskap om informasjon i forkant av Dine muligheter samtalen. Heller ikke oppfølging av hva som skjer etter Dine muligheter og dette kan tyde på at de har høy tillit til kollegaer og at systemet videre deres jobb er over.

### 6.1.1 Aktiveringsmateriale, relasjon, allianse og tillit

Informantene i studien brukte et utvalg av aktiveringsmateriale for å gi informasjon og skape relasjon. Få tillit, belyse ressurser og psykiske problemer. Relasjonsbygging startet på venterommet. Hvordan og hvem man hilste på først der. Hvordan kontakten og kommunikasjonen etablertes før man gikk til samtalen Dine muligheter. Dette er noe jeg vet fra min erfaring at terapeuter er bevisst på. En informant beskrev hvordan hen bevisst jobbet med dette. «Ha glimt i øyet, la barnet/ungdommen gå først, ta valg på vei til samtalerommet». Relasjon og kommunikasjon er to nært beslektede begreper. Man må ha et grunnleggende kommunikasjonsperspektiv og et grunnleggende relasjonsperspektiv samtidig tilstede (Jensen et al., 2019). I min studie jobbet informantene bevisst med kommunikasjon og relasjonsprosesser i oppstart.

Bruk av aktiveringsmateriale skulle føre til en felles forståelse og valg av utredning /behandling på BUP eller annet sted. Sitatet» hvis du ikke klarer å lande en felles forståelse klare du heller ikke lande noen valg» belyser det. Informantene sa at de tilpasset språk og visualisering til alder. De hadde mange arbeidsoppgaver som kartlegginger, vurderinger, innhente samtykker, snakke med barnet og ungdommen alene. Alt dette på halvannen time. Informasjon og etablering av en tillitsfull relasjon med behandler er en forutsetning for brukermedvirkning og samvalg. Terapeuten i dette formatet skal ikke følge familien videre i BUP så samarbeidsrelasjon og allianse er kanskje viktig å få etablert raskt. For å kunne oppnå dette må terapeuter ha kunnskap om relasjonsbygging og allianse skapning. Viten hvordan en kan oppnå dette. Fra feedbackinformerte tjenester (FIT) har terapeutene opplæring i hva allianse begrepet betyr i terapi. Man har forsket på hvilke faktorer som påvirker alliansen og funnet fire virksomme faktorer;

- 1) Enighet om målene og formålet med behandlingen
- 2) Enighet om metoder og teknikker som skal anvendes
- 3) Enighet om behandlerens rolle
- 4) Brukerens tro eller tillit til det terapeutiske arbeidet (Bargmann et al., 2012).

En måte å få tillit under en samtale på er at terapeuten viser at en forstår vanskene til barnet/ungdommen. Dette kan skape trygghet i samtalen til å få familiene til å fortelle mer utdypende. Når terapeuten får informasjon, kan vurdere og løfte opp i samtalen sin vurdering av hvordan en best kan hjelpe de, er alliansen og relasjonsbyggingen etablert.

Terapeutene jobber med å kunne lage mål for endring sammen med familien, og for å kunne gjøre dette må barnet/ungdommene forstå hva det å jobbe med målene innebærer. Her brukte de også aktiveringsmateriale i form av tegning som «livets vei, få stige til å komme opp av hullet» Hva kan trinnene være på den stigen? «BUP som sykehus for tanker og følelser» ble nevnt. Videre var det dette med å forstå hva dette krevde av egeninnsats. Dine muligheter terapeuten må også formidle sin tro på at hjelpen som tilbys vil være virksom. Videre vise til hva det krever av egeninnsats, og hva som kan være ulemper med en slik behandling. Dette kan for eksempel være å ta fri fra skolen, gjøre oppgaver/øve selv på fritida og at noen opplever forverring først.

Informantene erfarte at tegning og visualisering var til hjelp for barn og unge i å uttrykke seg. Dette ved å sette ord på, fortelle om og få informasjon. For vanskelig fagspråk når en forklarte ble nevnt. Fagspråket kunne føre til vansker med relasjonsbygging og det å få en allianse. Brukte en for lang tid på dette ble det mindre tid til de andre oppgavene. Dette betyr at disponering av tid og valg på hva og hvor man bør ha fokus er noe terapeutene må bruke skjønn på. Det korrelerer med studien til Cheng et al (2017) om hva som fremmet samvalg. I litteraturen fant de at terapeutens teknikk, informasjon og hjelpemidler for å diskutere og gjennomføre valg med pasienter økte samvalg. I tillegg fant de at psykoeduaksjonen, involvering av foreldre og drøftinger var faktorer som bidro til samvalg. Informantene lagde enten egen visualisering på dette med tegning på tavle eller brukte ferdig trykt materiale. Pilotstudien på Bup (2021) fant at det viktigste barne og ungdomsgruppa tok med fra samtalen var håp og tillit til at de ville få hjelp (Myrvang & Fundingsrud, 2021). For terapeutisk prosess og allianse er det sentrale elementer.

En informant sa at «FIT er en fin måte å gi barn en stemme på og øke medvirkning». Ved bruk av tilbakemeldingsverktøyet FIT erfarte noen informanter at en kunne få en relasjon, og få til en samtale om hvorfor barnet/ungdommen fylte ut skjemaet slik de gjorde. Dette også på slutten av samtalen når barnet/ungdommen ga tilbakemelding på hvordan de opplevde samtalen (se FIT side 21 og 22). Når man etter dette reflekterer over tilbakemeldingen man fikk, kan en bruke dette til å lære om eget mønster i kommunikasjon og relasjonsbygging. Ifølge Bjønnes (2022) viser forskning fra Norge at ungdommer ønsker å få tillit, bli lyttet til og at snakk om diagnoser oppleves som stigmatiserende og begrensende for delta i samvalg. Dette førte til likegyldighet. Ungdom som ikke opplevde å bli lyttet til og ha medbestemmelse uttrykte motstand eller likegyldighet til behandlingen. Diagnoser ble opplevd som stigmatiserende og begrensende for individuell tilpasning. (Bjønness, 2022). Ingen av

informantene nevnte at de samtalte om diagnoser. Dette skjedde bare når ungdommen selv tok det opp etter å ha testet seg selv på nett, og funnet at de fylte kriteriene for en diagnose. Dette formidlet også ungdommer i rapporten fra Forandringsfabrikken om diagnoser. De ønsket personsentrert og ikke diagnosesentrert tilnærming. Dette handler om at de ikke ønsker å forstås og kommuniseres med ut fra en forståelse hva diagnosen er og betyr, men ut fra hvem de er som personer. De ville forstås ut fra preferanser på verdier, mål, innhold i hjelp. (Forandringsfabrikken, 2014). Studien til Bjønnes (2022) bekrefter også ungdommer sine tilbakemeldinger om diagnoser.

### **6.1.2 Tidsaspektet**

Man kan anta at tiden her spiller en rolle. Halvannen time til å bygge relasjon, tillit og allianse er en faktor som spiller stor rolle i samvalg. Bruk av det jeg omtaler som aktiveringsmateriale er et viktig bidrag i denne prosessen. I pilot studien av BUP (2021) svarte 60% barn, ungdom og foreldre at de ble presentert for ulike måter å få det bedre på, mens 40% var uenig i, eller ikke visste om dette ble presentert i samtalen. (Myrvang & Fundingsrud, 2021). Dette kan indikere at informasjonen som gis ikke alltid når frem til mottaker. Bruk av feedbackinformerte tjenester kan fange dette opp og gjøre at terapeut lærer av dette og endrer egen måte å gjøre dette på. Dette ved bruk av «Deliberate practise» der terapeuten lærer av sine pasienter, gjør endringer ved seg selv og sin måte å lage allianse, fått tillit og relasjon. (Bertolino, 2017).

Pilot studien av BUP viste at 60% av de spurte sa at de hadde fått informasjon om hvordan få det bedre (Myrvang & Fundingsrud, 2021). Det er dette som jeg tidligere har omtalt som psykoedukasjon. Terapeuten forteller, bruker aktiveringsmaterieell og underviser hva som vanligvis er til hjelp for den type vansker familiene, barn og ungdommen opplever. Dette stiller krav til oppdatert kunnskap på et bredt og komplisert område, samtidig som skjønn utøves om hvor, hvordan og når det formidles. Skjønn og dømmekraft generalisert kunnskap, juridiske regler og moralske normer er ikke et tilstrekkelig handlingsgrunnlag i møte med brukernes mangfoldige og ofte komplekse behov. Helse- og sosialfaglig arbeid forutsetter derfor at profesjonsutøverne har faglig og moralsk dømmekraft og evne til å utøve skjønn. «Å utøve skjønn vil si å skjelne mellom vesentlig og uvesentlig, vurdere ulike sider ved sammensatte og komplekse situasjoner og avveie mellom ulike interesser og hensyn» (FO, 2015). Dette synes jeg fanger essensen i hva Dine muligheter terapeutene skal utøve. De skal informere om det juridiske, få underskrevet samtykker, ha tilstrekkelig nok informasjon til å



anbefale en handling som vil være til hjelp. I hvilken rekkefølge, vektlegging av temaene, tilpasning til alder og modenheter, rette tidspunktet i samtalen er alt skjønnbasert og erfaringsbasert. Når «kartet stemmer med terrenget» vil denne skjønnutøvelsen gjøre at tillit, relasjon og allianse blir bedre. Pilotstudien (2021) på Bup konkluderte med at hele prosessen i Dine muligheter kunne regnes som en terapeutisk intervensjon i seg selv.

Informantene erfarte også at de ikke alltid rakk å gjennomføre alle kartlegginger som de skulle gjøre på den korte tiden. Hvis man tar utgangspunkt i Forandringsfabrikkens rapport (2014) som viste at ungdommen rapporterte at kartleggingsskjemaer hindret dem å snakke og forstyrret relasjonen så kan dette være bra for prosessen. Ut fra terapeutens ståsted så får de kanskje ikke all informasjon til å gjøre vurdering, bygge opp til et samvalg og opplevelse av mestring.

### **6.1.3 Styrker og utfordringer**

Alle informantene var opptatt av å styrke de individuelle ressursene og ressursene familien hadde. Sitater som «De har noen superkrefter de kan tilby de også. Vi må tidlig inn med styrkefokus i samtalen» viser et tydelig styrke/empowerment perspektiv hos terapeutene som utførte Dine muligheter samtaler. I pilotstudien på Dine muligheter svarte 70% at BUP ga de tilbakemelding på hva de allerede gjorde som var lurt og bra for seg selv» (Myrvang & Fundingsrud, 2021).

Bjønnes (2022) skriver i sin doktoravhandling at pasientens forståelse om hva behandlingen er, innebærer omfordeling av makt. Videre at en fleksibel behandler med positiv innstilling til samvalg, var et av kriteriene for godt samvalg i hans studie. Min studie viser at informantene hadde litt ulik holdning til dette. Noen informanter var mer opptatt av sin vurdering som terapeut av hva som var best. Noen var opptatt av enighet mellom tre parter. Dette innebar forståelse mellom tre parter av hva som var vanskelig og hva som var den beste hjelpen. Tre parter fremmet samvalg. Det vil si også en omfordeling av makt slik Bjønnes (2022) skriver i sin forskning. Informantene sjekket ut at språket og innhold var forstått, at det var en felles forståelse. Jeg vurderer det slik at da ble en språklig makt og definisjonsmakt omfordelt mellom partene i samtalen. En terapeut som jobber for å fremme samvalg i Dine muligheter samtalen kan ha en språklig makt i form av utdanning og fagspråk og kan lett få definisjonsmakten i samtalen. Det finnes et profesjonelt språk, en terapeutisk forståelse og terapeutene styrer tilgangen til hjelp. Relasjonen er asymmetrisk og formålet er å overføre makt, myndiggjøre og fremme et valg. Med andre ord å komme høyt opp på stigen til

Arnstein (1969) og Hart (1992) der en har medvirkning/makt til å delta i beslutninger i henhold til hva som skjer etter denne samtalen. Sistnevnte med hjelp av voksnes erfaringer som Hart (1992) har som høyeste type medvirkning for barn. At de får hjelp av voksne til beslutninger.

Alle informantene jobbet med ulike måter å formidle, forstå, få informasjon, belyse ressurser etter alder og modenhet. Dette gjennom aktiveringsmateriale som er den grønne boblen i analyse delen (se figur 2 side 38). Dette var en metode som gjorde at barn/ungdom fikk belyst sine vansker, ressurser og dermed medvirket. Dette var også en måte å få yngre barn til å medvirke da tegning ofte appellerer til de, mer enn bare verbale forklaringer.

Informantene vektla viktigheten av å snakke om det som er vanskelig også, at det de kom for å få hjelp til ble snakket om og at man fikk «gått i dybden.» Et for høyt fokus på styrker ville tatt bort dette perspektivet. Det viser skjønnsutøvelse, fag og refleksiv kapasitet (Hansen & Solem, 2017).

Noe som utfordret samvalg var dette med å få til en felles forståelse. Felles forståelse kan være å forstå barnet/ungdommer sine vansker, hvordan de utarter, hvilke faktorer påvirker at det er blitt slik. Videre om det går utover dem selv, foreldre og skolen (funksjonfall). Dette er en prosess i samtaler der de som ikke snakker må lytte og det kan være vanskelig for familier med store konflikter som utspiller seg i samtalen. Foreldre kan ha ulike synspunkt på om dette er et problem, de kan tenke at vanskene utløses av andre faktorer enn det BUP kan hjelpe dem med. Det kan være motsatt at det er så komplekst at en ønsker hjelp på flere områder. Mine erfaringer fra samtaler er at foreldre sier «Noen andre må snakke med barnet mitt». De tenker ikke at de er en del av løsninga. Informantene erfarte at når de ikke klarte fremme en felles forståelse, ble det vanskelig å snakke om løsninger og fremme valg og samvalg. Min erfaring er at for å oppnå felles forståelse må det informantene snakker om/formidler bli gjenkjent av familien. De må oppleve at terapeuten har forstått de på rett måte. Studien til Bjønnes (2022) viste at hvis ungdom ikke fikk nok informasjon følte de at de mistet kontroll og trakk seg tilbake.

Informantene beskrev faktorer som uenighet, konflikter, adferdsvansker, rus, mange belastninger på familiesystemet som utfordrende for samvalg. Det ble vanskelig å begrense konflikter i rommet, få felles forståelse og komme frem til et valg. Det var også manglede tilbud for rus og atferdsvansker hos ungdom på BUP. Den komplekse situasjonen og

problemene gjør at en fort tenker at her må BUP hjelpe. BUP sin vurdering kunne være at et annet sted er bedre egnet. Lamberts forskning (1992) kan belyse dette med å gå i individuell terapi når en står i komplekse vansker. Utenom terapeutiske faktorer påvirker psykisk helse mer enn selve terapien. Dette betyr at endringer i bosted, økonomi, parforhold og skole/jobb vil stå for mest endringspotensiale. Dette kan innebære at en terapeuts vurdering kan være at det mest hensiktsmessige er at en får hjelp fra førstelinje tjenesten. Et sosialarbeider perspektiv på komplekse problemer, familiesystemer og barnet/ungdommens symptomer kan kanskje bidra til å løfte et mer sosialøkologisk perspektiv (Bronfenbrenner, 1979). Se hvordan vanskene henger sammen, utløses og opprettholdes i mange systemer (livsarenaer) samtidig. Ut fra hans modell påvirkes barn og ungdommer mest fra det nærmeste systemet og det er familien. Bjønnes (2022) viste til at foreldre hadde viktige roller uten at de ble beslutningstakere. De uttrykte også de selv hadde behov for familieorienterte tiltak. En større systemisk forståelse kan gi et utfyllende bidrag i samtalen Dine muligheter. Foreldre kan styrkes og hjelpes til å få sin ungdoms mening frem og representere deres stemme. (Bjønnes, 2022) fant i sin studie at foreldre ønsket familieorienterte tiltak og de var også de som var viktige hjelpere for å fremme med medvirkning. Ut fra et sosialøkologisk perspektiv er det også viktig å fremme samarbeid og forstå hvordan systemer som meso (forbindelseslinjene) og eksosystemet (møter der beslutninger tas). Eksempler på dette kan være møter der ungdommer selv ikke er representert, men foreldre kan fremme deres synspunkter og beslutninger. Familier med store konflikter kan jobbe med dette i et annet hjelpesystem, mens andre hjelpeinstanser er i gang rundt barnet og ungdommen. Sosialt faglig sett ville en fra en helhetlig tilnærming jobbet med flere systemer samtidig. Analyse fra Bronfenbrenner (1979) sin modell er et fint utgangspunkt for å jobbe med de utenom terapeutiske faktorene i et koordinert samarbeid med andre hjelpeinstanser. Vurdere å kunne gi utredning/behandling av barnet ungdommen samtidig. Dette støttes også i studiene til Lambert, Norcross og Miller; Selve terapien ikke er noen stor prediktor for endring. (Miller et al., 2005; Norcross & Lambert, 2011).

Ett annet perspektiv man fremmer ved å jobbe sammen med andre hjelpesystemer er myndiggjøring på individ og kanskje samfunnsnivå. Ungdommene er i en prosess der de skal bli voksne medborgere som selv tar avgjørelser og har innflytelse på det som skjer rundt dem. Empowerment blir også vektlagt gjennom samarbeid, felles engasjement, dialog og maktutjevning (Askheim & Andersen, 2023). Gjennom tverrfaglig arbeid kan endringer skje i flere systemer når man samarbeider. Helseplager hos barn og unge kan også forstås som noe

som oppstår i familiens levevilkår, de økonomiske rammer familien har, skolesystemet. Ved å jobbe med flere systemer kan en påvirke og redusere risikofaktorer og øke beskyttelse faktorer. Når man involverer flere systemer/instanser kan det bevisstgjøre andre hjelpe instanser om at her trenger man flere, andre og ulike måter å møte dette på. Eksempelvis få flere offentlige tilbud, mer økonomisk støtte til utsatt gruppe med mere. Slik kan arbeidet påvirke samfunnsmessige hjelpeordninger også. På sikt trenger samfunnet ungdommer som har helse til å jobbe, har deltatt på skolen og deltar som samfunnsborgere.

#### **6.1.4 Alder, motivasjon og autonomi**

For barn under 12 år er også medvirkning en rettighet og det var også informantene opptatt av. Dette både med muntlig informasjon og se seg selv som rollemodell. De beskrev at det var mer utfordrende å fremme samvalg pga alder. Medvirkning for de under 10 år og foreldres beskrivelser og forståelse blir da vektlagt. Informantene sa at det fantes behandlinger der bare foreldre deltok for å hjelpe barnet sitt.

Martin (2019) viser til at utviklingspsykologien sin dominans i forståelsen av barns utvikling har påvirket medvirkning og samvalg. Dette ut fra deres forståelse av at utvikling skjer i trinn og faser. Dette fokuset har gjort at man har sett bort fra individuelle forskjeller og gir en normativ forståelse av hva barn kan få, forstå, vurdere og ta avgjørelser på (Mayall, 2015). Informantene erfarte at de noen gang ikke klarte tilpasse språket til deres forståelse, men at de hadde generelt høyt fokus på det. De tilpasset også til modenhet og ikke bare alder. Forståelsen fra utviklingspsykologi er et godt utgangspunkt, men funn fra mine intervjuer viser at den ikke alltid må følges. Det ble i det norske studien på samvalg funnet at helsepersonell noen ganger har tanker om at de unge ikke har kognitiv kapasitet til å ta valg om egen behandling (Bjønness, 2022). Dette kom ikke frem fra mine informanter.

Ungdommens motivasjon ble vektlagt ulikt av terapeutene. De beskrev ikke hva de vektla når de vurderte lav motivasjon. Bruk skjønn kan dette forstås som. Spørsmålet er hva man tenker motivasjon er, og hvordan det utviser seg i et første møte på en poliklinikk? For eksempel hos en ungdom som sliter med nedstemthet, der selv kjernesymptomet er manglende motivasjon? Rus og spiseforstyrrelser er også tilstander med lav motivasjon. Klarer man på så kort tid å kartlegge og finne ut om motivasjon er tilstede? Avspeiler dette holdninger, skjønn og kunnskap hos terapeut? Bjønnes (2022) viste i sin forskning til at foreldre har en viktig rolle

overfor ungdommene når det gjaldt innflytelse på samvalget. De kunne hjelpe med tilpasset informasjon og det kan tenkes at det kan hjelpe på motivasjon hos noen. Med andre ord sosial og informativ støtte fra foreldre.

Motivasjon er « The energizing of behavior of a goal» (Simpson & Balsam, 2016). Altså den kraft, men har til å starte, gjennomføre og avslutte en atferd mot mål. Simpson & Balsam (2016) deler motivasjon i indre og ytre faktorer. De indre er alder og utviklingsnivå, psykiske vansker, kunnskap, evne og innsikt, tiltro til egen mestring, erfaringer, kapasitet og de fysiologiske faktorer som søvn, energi, hormoner og form etc. De ytre faktorer er familie, venner, samfunn, tjenestens tilgjengelighet, behandlingsmetode, terapeutisk allianse og utbytte(belønning). Forskning sier også at man kan finne motivasjon underveis i behandling. Det handler om balansen av hva det koster, og hva nytteverdien er for ungdommer. En cost/benefit vurdering for ungdommen (Simpson & Balsam, 2016). Familie, venner og hjelpere kan påvirke disse faktorene som ikke er statiske. Ungdommer blir ofte påvirket og motivert og får mestringsfølelse av sin jevnaldrende i ungdomstiden. De bruker mobiler for å uttrykke seg, tar tester online og er ikke så vant til å sitte i ei samtale rom, samtale ansikt til ansikt med voksne. Strukturelle forhold som rom, åpningstid og sittegrupper spiller nok en rolle i motivasjon for ungdom å delta i egen bedrings prosess. Rapporten Bup i en koffert (2020) viste til at BUPs tilbud ikke var tilpasset barn og ungdoms behov. Foreldre, slekt og venner kan også bidra på flere måter. Bronfenbrenners modell (Figur side 23) viser forbindelseslinjer mellom systemene, mesosystemet. Herunder det å bli kjørt til timer. Barn kjøres neste alltid til timer på BUP, mens ungdommer kommer ofte alene erfaringsmessig. Med tanke på den utviklingsfasen som ungdommer er i er det viktig med støtte fra foreldre under et behandlingsforløp. Som Simpson & Balsam (2016) viser til kan man som behandler påvirke de indre og ytre faktorer. Dette ved å ta med foreldre, lage systemer som gjør at transport, hjemmeoppgaver, timer, søvn og reisevei ikke går utover ungdom sin energi og kapasitet til å komme til time. De informantene som opplevde seg selv som fleksible hjalp til med å påvirke faktorene. Noen informanter sa at de avsluttes henvisning ved manglende motivasjon. Informantene som sa at de var fleksible kalte inn på nytt hvis ungdommen slet med å komme. De ga informasjon flere ganger, prøvde påvirke kunnskap om helse og hjelp, påvirke selvinnsikt ved samtaler, skape mestring og tro på seg selv. I tillegg til å kalle de inn på time kunne de også sette de opp på venteliste, ha telefonisk kontakt i tilfelle ungdommen ville komme likevel. Noen ganger uten at dette hjalp på motivasjonen. En informant viste til at denne telefoniske kontakten utgjorde et sikkerhetsnett som gjorde at ungdommen mestret

dagliglivet med sine utfordringer. Dette stemmer med forskning på samvalg. Flexibilitet hos terapeuten er viktig for å fremme samvalg og motivasjon er ikke statisk og kan påvirkes. En ulempe med denne fleksibiliteten er at den kan dette føre til en liste med ungdommer som venter på motivasjon, og når de er klar finnes det ikke kapasitet og ledig behandler.

Felles forståelse er noe man ikke alltid lykkes med, sa en informant og da kan kanskje det også forklare motivasjon hos de unge. Mange ganger er det foreldre eller barneverntjenesten som har ønsket at ungdommer søker hjelp hos Bup. Det er vanskelig i deres alder og kunne forutse hva det vil innebære å møte opp til timer, ta fri fra skole, gjøre oppgaver hjemme. Hva kan hjelpe på motivasjonen til en ungdom? De fleste informantene vektla/vektlegger kanskje deltakelse og engasjement i samtalen som motivasjon? De sa ikke noe om dette. Av erfaring vet jeg at ungdommer som stiller spørsmål, forteller og er tillitsfulle er det lettere å styrke mestringsfølelsen til. Snakke om mål og veien til å få det bedre. På den andre siden er det også viktig å snakke om det som er vanskelig og ikke går så bra i livet. Denne fasen i samtalen kan oppleves negativt av ungdommer om den ikke er balansert. Det vil si om det er foreldre som får fortelle mye og lenge om vansker. Om terapeuten snakker for lenge om det ungdommen ikke mestrer, og det kan oppleves av en sårbar ungdom som kritikk. En informant nevnte dette med at BUP ikke skulle være stedet der det bare ble snakket om det vanskelig. At det var utfordrende å stoppe foreldre som presenterte barnet sitt negativt ovenfor terapeuten. Det ble for demotiverende. Det er også en ungdoms rett til å ikke ville medvirke hvis de ikke ønsker et tilbud for sin psykiske helse. At foreldre er de som er bekymret.

Alle informantene var positivt innstilt til samtalen Dine muligheter og samtalens betydning. De brukte samme uttrykk og språk som kan tilsi at det er gitt opplæring, at det er en kultur og felles språk på arbeidstedet. De hadde ferdig materiale og de fikk brukt kreativitet og skjønn underveis. Det stemmer med forskning fra England som viser at terapeutens holdning, integrering og opplæring spiller en stor rolle. (Abrines-Jaume et al., 2016).

### **6.1.5 Strukturelle forhold**

Alle informantene erfarte at de ikke rakk over alle oppgavene på halvannen time. «Man måtte ha en god dag», beskrev en informant. Gjennomføre samtale med barn/ungdom alene på en god måte gikk ikke på grunn av manglende rom. De ønsker rom som var utformet for yngre

barn der de kan uttrykke seg gjennom lek og samtale. Hvor skulle barnet vente når foreldre var inne til samtale var en problemstilling. Kapasitet i tjenesten var vanskelig, og noe som utfordret hensikten med Dine muligheter. Informantene erfarte dette som belastende. De informanter som beskrev seg selv som fleksible valgte å holde kontakt med noen av ungdommene og familien på telefonen underveis. De kunne delta i møter og utgjorde et slags sikkerhetsnett i ventetida. Dette kan innebære at det blir interne forskjeller på en poliklinikk og at enkelte barn/ungdommer får et oppfølgingstilbud andre ikke får.

Barn/ungdom deltok i å lage mål hvis tilbudet skulle være Bup, men det ble av informanten ikke nevnt at det ble tilrettelagt for personlige preferanser og verdier. Ventetiden klinikken hadde kan forklare dette. Det vil ta tid før de møter den nye hoved behandleren. Det vil være mer naturlig da å tilrettelegge for dette når de møter den nye terapeuten. Situasjon kan ha endret seg på noen måneder. Informantene sa at de mange ganger på forhånd før samtalen visste at det ikke var kapasitet i tjenesten. Verdier, mål og preferanser blir vanskelig å snakke om når en skal formidle at det blir ventetid. De erfarte at det var vanskelig å gi samvalg når man visste at det ikke er kapasitet i tjenesten. Det blir ikke et reelt valg, men et orientert samtykke om et tilbud som man ble satt opp på venteliste til.

Dine muligheter terapeuter hadde mulighet til å sette opp flere samtaler under navnet Dine muligheter pluss hvis terapeuten var fleksibel. Terapeutene kunne gi psykoedukasjon, anbefale nettprogrammer og holde kontakt med ungdommen på telefonen. Dette hvis deres egen kapasitet og kalender hadde rom for det.

En informant erfarte at det å jobbe to stykker sammen var en fin måte å få tid til å alle oppgaver, snakket med partene hver for seg og her åpner det seg mulighet for tverrfaglighet. Det å få sosialarbeider og det systemiske perspektivet inn i samvalgsprosessen. Da kan man kunne dele samtalen i to etter hvert, man får en person til som kan delta på møter med andre instanser, påvirke risiko og beskyttelsesfaktorer gjennom Bronfenbrenners sosialøkologiske modell. Øke styrkeperspektivet på foreldre og barne samtidig fordi man er to, man trenger ikke møte en av gangen pga kapasitetsmangel.

### **6.1.6 Fag og forskning.**

Informantene sa at de innledet samtalen med frasen «at de sammen skulle finne ut hva som ville hjelpe best. Dette kunne være at de fortsatte å gjøre det de gjorde nå, at hjelpen kunne bli ett annet sted eller at hjelpen kunne gis på BUP». Dette stiller krav til inngående kjennskap

til kunnskapsbaserte tiltak, de ulike tiltak i kommunen og BUP. Videre også rettigheter og søknader man kan sende til Nav, barneverntjenesten, kommunen mm. Med andre ord en erfaring og kompetanse utover grunn- utdanningsnivå.

Flere informanter sa at de må følge fag og forskning når de skulle presentere sin vurdering. Dette kunne noen ganger komme i veien for samvalget. Dette fordi de ut fra sin vurdering ikke kunne anbefale eller gi det tilbud ungdom og foreldre ønsket. Jeg har lest på forumer på internett og ser at dette er en aktuell debatt for psykologer. Dette gjelder også sosialt arbeid og er også relevant for vår profesjon. Dette handler om den tredelte forståelse av hva kunnskapsbasert praksis er. Kunnskapsbasert praksis er å fatte beslutninger på best mulig kunnskapsgrunnlag og begrunne det. Kunnskapsbasert praksis er satt sammen av brukerkunnskap og brukermedvirkning, forskningskunnskap og erfaringsbasert kunnskap (Ellingsen et al., 2023);

Forskningsbasert kunnskap skal være systematisk innhentet og ha et godkjent forskningsdesign. For eksempel at forskning tilsier at dette er en anbefalt behandlingsmetode i BUP. Forskningen anbefaler noen metoder for konkrete psykiske tilstander. For eksempel kognitiv atferdsterapi for angst. Erfaringsbasert kunnskap er terapeutens kunnskap fra praksisen, utdanning og rolle. Det vil si at terapeuten har erfaring og forståelse av hva som må til for å gå i terapi av motivasjon og gjennomføringsevne. Ha erfaring og kunnskap om hva som fungerer på hvem og hvilke tilstander. Den erfaringen kan kanskje noen ganger komme i veiene for den/de som kjenner problemet og motivasjonen best- barnet, ungdommen og foreldrene. Den tredje er brukererfaring og medvirkning og her kan utfordringen i samvalg ligge. Hvem vekter tyngst her? Juridisk er det terapeutens faglige vurdering, men samvalget handler om å *sammen* komme frem til en beslutning. Ungdommer skal få dele sin tanker, redsler, motsigelser og følelser rundt behandlingen (Bjønness, 2022).

### **6.1.7 Betydningen av rapporter fra Forandringsfabrikken og Barneombudet.**

Innledningsvis viste jeg til rapporter fra Psyk proffene som fra 2014 frem til i dag har gitt råd til BUP ut fra sine egne erfaringer som pasienter. De har gitt råd på tid til relasjonsbygging, fleksibilitet fra behandler, at skjemaer og samtaler om diagnoser er til hinder for et godt samarbeid. Dette stemmer med Bjønnes (2022) sine funn i sin studie. Mine funn tilsier at dette også er viktig for de fleste terapeutene. Flere informanter valgte å ikke fylle ut skjemaer



og skjønnsmessig brukte tid på de andre oppgavene i samtalen. Dette betyr ikke at dette nødvendigvis blir borte fra videre behandling, men gjaldt denne avgrensede samtalen. Ungdommene i Forandringsfabrikken etterlyser også strukturelle endringer i bygg som tilgjengelige rom, sofaer til samtaler og servering av drikke som te, kakao. Dette finner jeg også at de jeg intervjuet ønsket.

Barneombudet rapport (2020) tok blant annet for seg riktig kompetanse i BUP, et tilbud tilpasset barn og unge. Å øke medvirkningen til barn, unge og foreldre og bedre informasjonsflyt slik at barn og unge forstår den situasjonen de står i. Dette er formålet med Dine muligheter samtalen og temaene som er omtalt som oppgavene til terapeutene. Informantene rapportere alle at de jobbet med dette. Kapasitet og kompetanse er en annen side av saken som kontinuerlig må jobbes med i klinikk og på høyere nivå av de som bevilger midler og lager planer for psykisk helse for barn og unge.

### **6.1.8 Implementering av samvalg**

Implementering av samvalg forutsetter at fagpersoner har kompetanse om hva som fremmer prosessen, inkludert villighet til å prøve det, vise tillit til unges valg og vilje til fleksibilitet. Informantene rapporterte ulik fleksibilitet og vektlegging av egen vurdering, motivasjon hos de unge og villighet til å sette opp flere Dine muligheter samtaler for å avklare dette. Dette gjør at maktforholdet i samtalen endrer seg. Det er i utgangspunktet en asymmetrisk relasjon. En slags «herre-knekt» relasjon der den ene har mer makt i sin posisjon og tilgang til goder. Formålet med samvalg er å utjevne den asymmetrien. Så samvalgsbegrepet, innhold og metode må kontinuerlig gjøres opplæring på, evalueres og endres. Samvalgsbegrepet er ikke entydig det finnes flere definisjoner.

Informantene var positivt innstilt til samtalen Dine muligheter og samtals betydning. De brukte samme uttrykk og språk som kan tilsi at det er gitt opplæring, at det er en kultur på arbeidstedet. Dette stemmer med hva helsepersonell sa var viktig for samvalg. Det er et behov for kultur og rutiner.(Bjønness, 2022). informantene i min studie hadde ferdig materiale som de fikk brukt kreativitet og med skjønnsutøvelse underveis. Det stemmer med forskning fra England som viser at terapeutens holdning, integrering og opplæring spiller en stor rolle. (Abrines-Jaume et al., 2016).

Implementeringsprosesser tar mange år. Samvalg er nytt forskningsmessig og i praksis. i barne og ungdom psykiske helse tjeneste er denne poliklinikken i startfasen med å

tilrettelegge for samvalg. I det ligger det en anerkjennelse av at barn og ungdoms medvirkning er viktig, at det har betydning for forløpet til den enkelte ungdom og utviklingen av tjenesten hvor mye deltakelse de får og på hvilken måte. Jeg kjenner til at flere poliklinikker jobber med dette, men da som internt utviklingsarbeid og dermed er det ikke publisert noe om det så vidt jeg kjenner til.

## 6.2 Samvalg som metode for medvirkning

Under studien fant jeg to målsettinger for terapeutene i Dine muligheter. CAPA som er fra England har informert samtykke som mål. I første møtet skal en forsøke få felles forståelse, terapeuten skal gi sin ærlige vurdering og så fremme et valg. Informert samtykke vektlegger terapeuts informasjon om ulemper/virkning. Høy medvirkning og partnerskap er viktig (York & Kingsbury, 2007).

Samvalg er målet gitt fra norsk helselovgivning. Barnet/ungdom har samtykkekompetanse som gjelder helsehjelp for forhold foreldrene ikke er informert om, samt når tiltakets art tilsier at det er forsvarlig jf. pasient- og brukerrettighetsloven (§4-3 første ledd). Ungdom mellom 16 og 18 år har rett til å samtykke selv jf. pasient- og brukerrettighetsloven (§4-3 første ledd) (Helsedirektoratet, 2023).

Samvalg vektlegger også pasientens preferanser og verdier i valget, lage mål og medvirkning under behandling. Dette fører også til at pasienten tar valg om mer kunnskapsbaserte tiltak. De henger mye sammen i oppbyggingen og er like i måten de bygger opp medvirkning. Begge har «partnership» som mål hvis man tar utgangspunkt i Arnstein stige fra 1969. Partnerskap er mye høyere oppe på stigen enn den tradisjonelle terapien, den regnes som ikke deltakende makt. CAPA og samvalg har likevel litt ulike maktforhold. Det er fagkompetansens møte med erfaringskompetansen (Askheim & Andersen, 2023) Roger Harts stige for barn og unge har åtte trinn. De tre øverste har alle partnerskap, men er ulike av hvor barnestyrt og om initiativet kommer fra ungdommen (Hart, 1992). Trinnene representerer ikke at barn/unge får hele makten, men får hjelp fra voksne til medvirkning. Det øverste trinnet er barne initiert samvalg, der de benytter seg av voksnes erfaring og visdom. Her tenker jeg samvalg ligger også mange ganger på BUP. At terapeuten, foreldre hjelper dem å velge, sier hva de tenker kan være hensiktsmessig ut fra de styrker og utfordringer de har belyst.

## 7 Konklusjon

Min studie undersøkte hvordan terapeuter legger til rette for samvalg, før under og etter den først samtalen i BUP og jeg startet med følgende forskningsspørsmål:

- Hvilken informasjon gis før samtalen, under samtalen og har samvalget betydning for det som skjer videre?
- Hvilke erfaringer har terapeuter med bruk av aktiveringsmateriale?
- Hva er erfaringene til terapeutene om gode samvalg og samvalg som blir utfordrende?
- Har samvalget betydning for det som skjer etter samtalen Dine muligheter.

Studiens funn viser at det sendes ut brosjyre i forkant av samtalen dine muligheter som skal gi barn, ungdom og foreldre informasjon om hva som er formålet og innholdet i samtalen.

Terapeutene bruker et utvalg av aktiveringsmaterieell. Noe er ferdig laget som brosjyrer og film. De tegner, visualiserer, tilpasser språk og innhold til alder og forståelse. Dette for å få tillit, få relasjon og lage allianse. Gi informasjon om BUP, ulike psykiske vansker, gi psykoedukasjon om tilstander i livet som er normale. I Dine muligheter belyses også hva som er vanskelig og så funksjonsnedsettende at BUP kan hjelpe. Noen terapiformer for eksempel for angst finnes det flere tilbud og de kan tilbys som valg hvis det er kapasitet i tjenesten. Terapeutene tilstreber å snakke med barn og ungdom en del av timen uten foreldre for å øke medvirkning. De har alle perspektiv på å styrke barn og familier i samtalen. Terapeutene erfarer at de ikke rekker å gjennomføre alle arbeidsoppgaver i samtalen, og at strukturelle forhold som romkapasitet og utforming av bygget er utfordrende.

Terapeutene vektlegger egenmotivasjon hos ungdom ulikt. Noen beskriver seg selv som fleksible og prøver motivere ungdommer over flere ganger, deltar i møter, ringer de og gir tilbud til foreldre. Andre avslutter henvisning når de opplever manglende motivasjon hos ungdommen.

Samtaler som terapeutene erfarer som gode, er de som leder til at de klarer bygge relasjon og tillit. At de klarer tilpasse språk og innhold til barn, ungdom og familiens forståelse. Når familiemedlemmene er samstemt, enige seg imellom oppleves de som mer åpne for hjelp. Disse familien opplever de som ressurssterke og har familiesystem som ikke har så mange andre belastninger samtidig.

Bruk av aktiveringsmateriale skal bygge opp til et punkt i samtalen der barn, ungdom og familie kan ta et samvalg på utredning, behandling eller tiltak et annet sted. Dette kalles for medvirkning gjennom samvalg og er målet for samtalen. Dette i henhold til norske retningslinjer, lovverk og forskning. I CAPA modellen bygger samtalen opp til informert samtykke. Dette kan tolkes som at det blir to ulike direksjoner for terapeutene. Dette stemmer med funnet at terapeutene også har ulik holdning til om dette er en samtale der samvalg er målet, eller det er en vurderingssamtale. En samtale der terapeutens vurdering har størst plass og leder til informert samtykke, eller om det er en samtale der pasientene behov, preferanser, verdier og valg står sentralt.

Når det gjelder samvalget betydning erfarer alle at det har betydning for om hjelpen skal gis av BUP eller annen instans. Det er et valg om sted for hjelp. De erfarer også at samvalg har betydning for motivasjon, egeninnsats og oppmøte i BUP. På den annen side opplever de at manglende kapasitet gjør at det ikke blir samvalg på preferanser. At det de også kan bli en samtale som fører til «ingen muligheter» og venteliste over lang tid. Dette beskrives som ubehagelig for terapeutene som vet om dette før de går inn i samtalen Dine muligheter. Noen erfarer at timen Dine muligheter legger stort ansvar på en terapeuts samtale og vurdering i løpet av en halvannen time.

Dine muligheter samtalen skal i utgangspunktet gi høy grad av medvirkning og partnerskap. Terapeuter fremmer egen vurdering, valg og noen terapeuter samvalg. Kapasitet i tjenesten utfordrer valg og samvalg i poliklinikken.

## **7.1 Implikasjoner for videre arbeid og forskning.**

Denne studien har et lite utvalg og av informanter. Antall terapeuter som utfører samtalen Dine muligheter settes ut fra behov i poliklinikken. Da intervjuer ble avholdt hadde det vært inntaksstopp i noen enheter. Jeg intervjuet 6, men har ikke vektlagt første informant da jeg brukte denne som testintervju. Jeg intervjuet 5 av 8 aktive Dine muligheter terapeuter. Deres erfaringer kan regnes som representativt for denne perioden. Det finnes ingen studier fra poliklinikker på barn og unge. Forskningen som finnes er fra ungdommer som er innlagt på sengepost. Dette innebærer alvorligere symptomer, høyrere funksjonfall og mulig lavere grad av frivillighet hos ungdommen. Forskning gjort fra utlandet og på sengepost kan likevel antas å ha en overføringsverdi til poliklinikk. Ungdommene starter kanskje behandling der og er henvist fra BUP. Det er samme ungdommene, som har fått forverret tilstand og trenger omsorg og behandling på sengepost.

Denne studien gir et innblikk i praksis rundt det å gi medvirkning som samvalg og belyser det komplekse med dette. Studiens overførbarhet eller om det er generaliserbart kan jeg ikke hevde da det mangler forskning på selve målgruppen og utvalget er lavt. Den gir et innblikk i at man trenger mer forskning på dette og kanskje en klarere definisjon av hva samvalg er. Det kunne vært interessant å forske mer på flere problemstillinger; Motivasjon hos barn og unge som søker hjelp på BUP. De som ikke får tilbud etter Dine muligheter og deres opplevelse. Opplevde de valg/samvalg på dette, var vurderingen rett eller fikk de forverre helsetilstand? Det åpner seg flere områder man kan forske videre på.

Dine muligheter samtalen er en nye måte å møte barn og unge på og det er blitt lagt merke til av sentrale personer. Jeg avslutter med sitat fra tidligere helseminister sin sykehustale 16.01.24;

«(...) og i Helse Nord ved Bup så inviteres barn og unge som henvises til en samtale som heter «Dine muligheter». Og målet det er at man sammen finner det rette tilbudet, i eller utenfor Bup. (...)».

## Litteraturliste

- Abrines-Jaume, N., Midgley, N., Hopkins, K., Hoffman, J., Martin, K., Law, D. & Wolpert, M. (2016). A qualitative analysis of implementing shared decision making in child and adolescent mental health services in the United Kingdom: stages and facilitators. *Clinical child psychology and psychiatry*, 21(1), 19-31.  
<https://doi.org/10.1177/135910451454759>
- Arnstein, S. R. (1969). Citizen Participation is citizen power.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/01944366908977225>
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: Floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Gyldendal akademisk.
- Askheim, O. P. & Andersen, J. (2023). *Brukermedvirkningens mange ansikter*. Fagbokforlaget.
- Bargmann, S., Bertolino, B. & Miller, S. D. (2012). Manual 1: What works in therapy: A primer. ICCE Manuals on Feedback Informed Treatment (FIT). *International Center for Clinical Excellence, myoutcomes.com/Content/docs/Manual\_1.pdf* [Accessed: March 23, 2018]. [https://fit-elearning.myoutcomes.com/Content/docs/Manual\\_1.pdf](https://fit-elearning.myoutcomes.com/Content/docs/Manual_1.pdf)
- Barneombudet. (2020). *Jeg skulle hatt BUP i en koffert*. <https://www.barneombudet.no/vart-arbeid/publikasjoner/jeg-skulle-hatt-bup-i-en-koffert>
- Barneombudet. (2021). *Rapport fra ekspertgruppe: Å eie sin egen historie*.  
<https://www.barneombudet.no/aktuelt/aktuelt/rapport-fra-unge-eksperter-a-eie-sin-egen-historie>
- Bertolino, B. (2017). Feedback-informed treatment in an agency serving children, youth, and families. <https://psycnet.apa.org/record/2017-23015-010>
- Bjønness, S. (2022). *Brukermedvirkning og samvalg i døgntilrettelegging av ungdom med psykisk lidelse* [University of Stavanger, Norway].
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Braun, V., Clarke, V. & Braun, V. (2022). *Thematic analysis : a practical guide*. SAGE.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *Økologi av menneskelig utvikling : Eksperimenter av natur og design*, (H. U. P. P. E. Central, Red.).
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. A. (2007). The bioecological model of human development. *Handbook of child psychology, 1*.

- Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean?(or it takes at least two to tango). *Social science & medicine*, 44(5), 681-692.
- Cheng, H., Hayes, D., Edbrooke-Childs, J., Martin, K., Chapman, L. & Wolpert, M. (2017). What approaches for promoting shared decision-making are used in child mental health? A scoping review. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(6), O1495-O1511.
- Ellingsen, I. T., Kleppe, L. C., Levin, I. & Berg, B. (2023). *Sosialt arbeid : en grunnbok* (2. utgave. utg.). Universitetsforlaget.
- Entwistle, V. A. & Watt, I. S. (2006). Patient involvement in treatment decision-making: the case for a broader conceptual framework. *Patient education and counseling*, 63(3), 268-278.
- FO, F. (2015). *Yrkesetisk grunnlagsdokument*.
- Folkehelseinstituttet. (2023). *Folkehelse rapporten: Psykiske plager og lidelser hos barn og unge*. Folkehelseinstituttet.
- Forandringsfabrikken. (2014). *Psykisk helseproffene- unge mer råd til psykisk helsevern*. [https://forandringsfabrikken.no/wp-content/uploads/2021/03/PsykiskhelseProffene\\_utenbilder.pdf](https://forandringsfabrikken.no/wp-content/uploads/2021/03/PsykiskhelseProffene_utenbilder.pdf)
- Hansen, H. (2019). Aktivisering–et komplekst felt for forskning og praksis. *Fontene forskning*, 12(1), 4-16.
- Hansen, R. & Solem, M.-B. (2017). *Sosialt arbeid : en situert praksis*. Gyldendal akademisk.
- Hart, R. A. (1992). *Children's participation: From tokenism to citizenship*.
- Hayes, D., Edbrooke-Childs, J., Town, R., Wolpert, M. & Midgley, N. (2023). A systematic review of shared decision making interventions in child and youth mental health: synthesising the use of theory, intervention functions, and behaviour change techniques. *European child & adolescent psychiatry*, 32(2), 209-222.
- Healy, K. (2022). *Social Work Theories in Context: Creating Frameworks for Practice* (Third edition. utg.). London: Bloomsbury Publishing Plc.
- Helsedirektoratet. (2015). *Trivsel i skolen*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/trivsel-i-skolen/Trivsel%2520i%2520skolen.pdf>
- Helsedirektoratet. (2018). *Kunnskapsgrunnlag*
- Metoder for tidlig identifisering av risiko hos barn og unge*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kunnskapsgrunnlag-metoder-for-tidlig-identifisering-av-risiko-hos-barn-og-unge/>

- Helsedirektoratet. (2024a). *Nasjonale forløp barn og unges psykiske helse*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge>
- Helsedirektoratet. (2024b). *Statistikk-kvalitetsindikatorer i psykisk-helse-for-barn-og-unge/medvirkning-i-egen-behandling*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-barn-og-unge/medvirkning-i-egen-behandling--involvering-i-behandlingsplan-i-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge>
- Hutchinson, G. S. & Oltedal, S. (2003). *Modeller i sosialt arbeid* (2. utg. utg.). Universitetsforl.
- Jensen, P., Ulleberg, I. & Keeping, D. (2019). *Mellom ordene : kommunikasjon i profesjonell praksis* (2. utg. utg.). Gyldendal.
- Jensen, D., Kjørstad, M. & Tuft, P. (2020). *Vitenskapsteori for sosial-og helsefag*. I. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Klausen, R. K. (2016). Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid–En oppsummering av kunnskap.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.) Oslo: Gyldendal akademisk forlag.
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (Vol. 4. utgave): Universitetsforlaget.
- Martin, K. (2019). *A critical realist study of shared decision-making in young people's mental health inpatient units* [UCL (University College London)].
- Mayall, B. (2015). The sociology of childhood and children's rights. I *Routledge international handbook of children's rights studies* (s. 77-93). Routledge.
- Miller, S. D., Duncan, B. L. & Hubble, M. A. (2005). Outcome-informed clinical work. *Handbook of psychotherapy integration*, 2, 84-102.
- Myrvang, M. & Fundingsrud, S. (2021). *Opplevelse av medvirkning: Resultater fra en pilotstudie av familiers erfaring med samtalen «Dine muligheter» ved BUPA, UNN* [Spesialistoppgave]. UiT Norges arktiske universitet.
- Nasjonal Helse- og sykehusplan. (2020-2023).
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48(1), 4-8. <https://doi.org/10.1037/a0022180>
- omsorgsdepartementet, H. o. (Prop. 121 S (2018-2019)). *Opptrappingsplan for barn og unges psykiske*



- helse* (2019-2024). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-121-s-20182019/id2652917/>
- Paulsen, V. (2022). *Barn og unges medvirkning i barnevernet*. Gyldendal.
- Simpson, E. H. & Balsam, P. D. (2016). The Behavioral Neuroscience of Motivation: An Overview of Concepts, Measures, and Translational Applications. I (Bd. 27, s. 1-12) (Current Topics in Behavioral Neurosciences). Switzerland: Springer International Publishing AG. [https://doi.org/10.1007/7854\\_2015\\_402](https://doi.org/10.1007/7854_2015_402)
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Fagbokforlaget.
- Tritter, J. Q. & McCallum, A. (2006). The snakes and ladders of user involvement: moving beyond Arnstein. *Health policy*, 76(2), 156-168.
- Unicef.org.
- UNN, S. (2024). *samvalgssenteret Universitetssykehusest Nordnorge*. unn.no.
- Viksveen, P., Bjønness, S. E., Cardenas, N. E., Game, J. R., Berg, S. H., Salamonsen, A., Storm, M. & Aase, K. (2021). User involvement in adolescents' mental healthcare: a systematic. *regulation*, 11, 13.
- Whāraurau & Whāraurau is a national centre for Infant, C. a. A. M. H. I. w. d. (2024). *The choice and partnership approach. Guidelines for choce*. [https://wharaurau.org.nz/sites/default/files/Projects/CAPA/Resources/PDF/2018-CAPA\\_Guidelines-for-Choice.pdf](https://wharaurau.org.nz/sites/default/files/Projects/CAPA/Resources/PDF/2018-CAPA_Guidelines-for-Choice.pdf)
- York, A. & Kingsbury, S. (2007). *The choice and partnership approach: A service transformation model*. Short run press. <https://www.capa.co.uk/>

# Vedlegg nummer 1 Godkjenning SIKT

## Vurdering av behandling av personopplysninger

Skriv ut

27.10.2023

### Referansenummer

954998

### Vurderingstype

Automatisk

### Dato

27.10.2023

### Tittel

terapeuter erfaring med bruk og tilrettelegging av samvalg i Samtalen dine muligheter

### Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Fakultet for humaniora, samfunnsvitenskap og lærerutdanning / Institutt for barnevern og sosialt arbeid

### Prosjektansvarlig

Wenche M Kjæmpenes

### Student

Hilde Kristin Rydningen

### Prosjektperiode

01.11.2023 - 24.12.2024

### Kategorier personopplysninger

- Alminnelige

### Lovlig grunnlag

- Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 24.12.2024.

---

### Grunnlag for automatisk vurdering

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av

personopplysninger med lav personvernulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger;
  - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
  - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
  - Fagforeningsmedlemskap
  - Genetiske data
  - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
  - Helseopplysninger
  - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedommer og lovovertridelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

#### **Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde**

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger
- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)
- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet
- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

Vi anbefaler å bruke vår

#### **Informasjonssikkerhet**

Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1. d) riktighet, 5. 1. f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.

b54320e26

## **Vedlegg 2 informasjonsskriv**

### **Vil du delta i forskningsprosjektet**

### **Terapeuters erfaring med bruk av samvalg i Dine muligheter samtalen.**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke terapeuters erfaringer og opplevelse av å tilrettelegge for samvalg i mulighetssamtalen (Samtalen dine muligheter?)

Det er begrenset informasjon og kunnskap om samvalg i psykiske helse for barn og unge. Prosjektet gjøres som min masteroppgave i Sosialt arbeid.

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Du blir spurt fordi du leder den første samtalen på Bup som heter Dine muligheter. På engelsk Choice appointment.

Jeg ønsker finne ut hvordan dette praktisk tilrettelegges for. Hvilke erfaringer du har med dette betydningen av samvalget. Videre hva du erfarte gikk bra og hva som kan være utfordrende med å tilrettelegge for samvalg. Opplysningene du gir er om deg selv og dine erfaringer. Dette på aldersgruppen 7-17år.

### **Hva innebærer det for deg å delta**

Det vil bli gjort lydopptak av intervjuet. I løpet av intervjuet vil det bli stilt noen forhåndsdefinerte spørsmål. Intervjuet vil ta rundt 1,5 timer. Etter intervjuet er gjennomført blir lydopptaket transkribert og analysert med Nettskjema-diktafon appen. Det går inn an å spille av lyd fra appen. Lyd og transkribering vil bli overført fra app til Uit.no

I prosjektet vil jeg innhente og registrere opplysninger om deg i din yrkesrolle. Deltakerne i studien vil bli omtalt som terapeut 1, 2, 3 og så videre, i tillegg til informasjon om at deltakeren jobber som terapeut med barn/ungdom og informantens arbeidssted.

## **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet.

Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

## **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Prosjektet er godkjent av SIKT. (Kunnskapsektorens tjenesteleverandør.)

Opplysningene du gir på opptaket vil blir forsvarlig oppbevart på sikret området på uit.no og det blir brukt minnepinne med tofaktorsikring under skriveprosessen

## **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

## **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet vil etter planen avsluttes 24.12.24

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: [personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no) eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

Studentveileder Uit

Student

Wenche M Kjæmpenes

Hilde Rydningen

-----  
-----

### **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Samvalg i mulighetssamtalen* og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

-----

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3 Intervjuguide

### Intervjuguide.

Samvalg som medvirkning i Dine muligheter samtalen. Intervjuet gjelder barn og ungdom fra 7-17år.

1. Profesjon? Hvor lenge har du jobbet i Bup?
2. Hvilken info om medvirkning i form av samvalg gis til barn og unge før Dine muligheter samtalen.
3. Hvilken type info gis under Dine muligheter samtalen til barn og unge?
4. Hvordan praktisk tilrettelegger du for samvalg?
5. Kan du gi et eksempel fra en Dine mulighetssamtale der du fikk tilrettelagt for samvalg? Skal jeg konkretisere?
6. Kan du gi meg et eksempel der det ble vanskelig å legge til rette for samvalg?
7. Hva gjorde at det gikk fint/hva kan bli utfordrende med samvalg?
8. Tror du at dere samvalg har betydning hva som skjedde etter samtalen?
9. Har du noe å tilføye som jeg ikke har spurt om. Andre faktorer, ting som påvirker samvalg?
10. Hvordan var det for deg å delta i dette intervjuet?

### Oppfølgingsspørsmål

Spørsmål 4: Hvordan praktisk tilrettelegger du for samvalg. Bruker du aktiveringsmateriale, Feedback informerte tjenester (FIT), visualisering, materiell? Deler foreldre/barn/ungdom hver for seg i samtalen?

